ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s21id11852820

COMITÉ DE PUBLICATION (1).

De Biefve. — Médecin adjoint à l'hôpital militaire de Bruxelles, membre de la commission médicale de la même ville. —Médecine militaire. — Maladies épidémiques. — Accouchements.

De Losen. — Membre de plusieurs Sociétés savantes. — Maladies des enfants. — Médecine allemande. — *Histoire de la médecine.*

Froidmond. — Médecin de l'hospice des enfants, professeur de chimie à l'École vétérinaire, membre de la commission médicale de la province du Brabant, et du conseil supérieur de santé. — Maladies des enfants. — *Physique et chimie médicales.*

Gluge. — Prof. de physiologie et d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles. — Maladies épidém., physiologie et anat. pathologiques. — *Médecine allemande.*

Graux. — Médecin en chef de l'hôpital St-Pierre, professeur de clinique interne à l'Université de Bruxelles. — Médecine pratique.

Langlet. — Prof. de pathologie externe à l'Univ. de Bruxelles.—Médecine pratique.

Lebeau. —Médecin de la maison militaire du Roi, médecin en chef de l'hôp. milit. prof. de pathol. int. et de clinique int. à l'Univ. de Bruxelles.—Médecine pratique.

Meisser. — Secrétaire perpétuel de la Société des sc. médic. et natur. de Bruxelles, prof. à l'Univ.— Médecine italienne, espagnole et grecque.— *Sciences naturelles.*

Mouremans.—D. M., membre de plusieurs Soc. sav.—Méd. anglaise.—Phrénologie.

Morel.—Prof. de pathologie générale à l'Univ. de Bruxelles.—Thérapeutique.

Nollet. — Professeur de physique à l'Université de Bruxelles et à l'École militaire, attaché au Musée des arts et des sciences, membre de plusieurs Sociétés savantes. — *Sciences physiques.*

Rieken. — Médecin de S. M. le Roi des Belges. — Médecine légale. — Médecine allemande.

D. Sauveur. — D. M., secrétaire du conseil supérieur de santé, membre de l'Académie royale de Bruxelles. — Statistique et topographie médicales.

Tallois. — Membre de plusieurs sociétés savantes.— Hygiène.

André Uytterhoeven. — Chirurg. en chef de l'hôp. St-Jean, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, membre de plusieurs Sociétés savantes. — Chirurgie. — *Maladies mentales.*

Victor Uytterhoeven. — Doct. en méd. et en chir., membre de la commission médic., du conseil provinc. du Brabant et de plusieurs Soc. sav.—Ophthalmologie.

Vanden Corput. — Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, président de la commission médicale de la même ville, etc. — Pharmacologie, Toxicologie. — *Sciences naturelles.*

Van Cutsem. — Médecin en chef de l'hôpital St-Jean, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, membre de la comm. méd. prov. et du conseil supérieur de santé. — Médecine pratique.

Van Roosbroek. — Prof. d'ophthalmologie à l'Univ. de Gand, membre résidant de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles, maître en l'art ophthalmiatrique de l'Ac. I. R. Joséphine de Vienne. — Ophthalmologie, Hygiène.

Vleminckx. — Inspecteur général du service de santé de l'armée belge, membre de plusieurs Sociétés savantes. — Ophthalmologie.

Verheyen. Inspecteur vétérinaire de l'armée belge. — Médecine vétérinaire.

(1) Nous publierons plus tard la liste de MM. les collaborateurs fondateurs des *Archives.*

55350

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE,

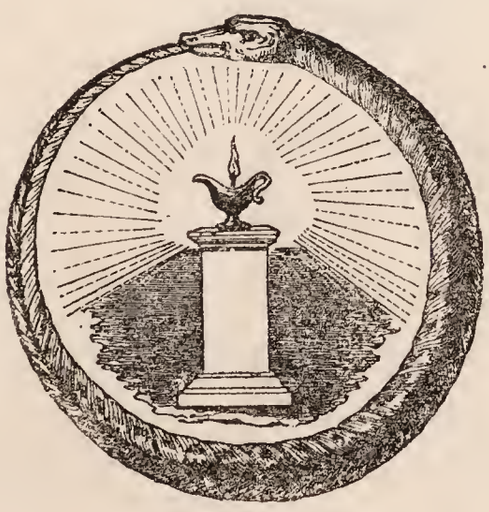
JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES, PHYSIQUES ET NATURELLES
ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE,

PUBLIÉES

Par J. E. LEQUIME, D. M.

Médecin des hospices de Pachéco, des Ursulines, et de Ste-Gertrude,
secrétaire de la Commission médicale de Bruxelles,
membre résidant de la société des sciences médicales et naturelles de la même ville ;
membre correspondant de la société de médecine de Gand,
de la Société médico-chirurgicale de Berlin, de la société polytechnique de Paris ;
membre honoraire de la société médico-chirurgicale de Bruges,
de la société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, etc.

TOME PREMIER.



BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1840.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE.

PREMIÈRE SECTION.

SCIENCES MÉDICALES.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE PATHOLOGIQUE DES CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS PAR LES VOIES NATURELLES ET SORTIS A LA PÉRIPHÉRIE DU TRONC ET DES MEMBRES,

Présentée dans la séance du 4 novembre 1839,

Par J.-E. PÉTREQUIN, D. M. P.

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, correspondant spécial de la Société de médecine de Paris, associé de l'Académie impériale des sciences de Vienne, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, des Sociétés de médecine de Gand et d'Anvers, etc.

Le champ de la pathologie représente une étendue dont on peut dire que les traités classiques ne donnent point la mesure; aussi n'est-ce pas chose rare pour l'observateur de rencontrer, sur sa route, des points que la culture scientifique ignore, oublie ou néglige. Il est remarquable en effet que la résultante de l'œuvre des travailleurs roule et semble se circonscrire sur un nombre donné d'objets en deçà et au delà desquels le domaine commun de la science attend des fouilles nouvelles. C'est pour

combler ces lacunes bien senties que les *mémoires* des corps savants, plus encore peut-être que les feuilles mobiles du journalisme qu'ils alimentent, ont destiné la série de leurs archives à recueillir dans un dépôt fixe les résultats éclairés de l'exploration spéciale de l'art; les *Annales* de la Société de Bruxelles n'ont point failli à cette noble mission.

En 1837, j'ai présenté à cette compagnie savante l'exposé sommaire de mes découvertes sur un point de mon invention que je crois utile, parce qu'il tend à perfectionner l'étude des maladies de tout un grand appareil d'organes; je veux parler de mes expériences sur l'*Auscultation artificielle* ou *Essai d'une méthode nouvelle pour apprendre l'auscultation,* travail qui a eu le privilége d'obtenir l'honneur de l'insertion aux *Annales.* Encouragé par les suffrages de deux Académies (1), je me suis empressé de poursuivre mes recherches pour perfectionner cette méthode nouvelle, en l'appliquant non plus seulement au système pulmonaire, mais aussi à l'appareil cardiaque et vasculaire. Je me propose d'en soumettre plus tard les résultats principaux au jugement éclairé du même tribunal.

Aujourd'hui il ne sera point question d'une découverte; il s'agit seulement d'un point déjà abordé, mais encore neuf peut-être en ce qu'il n'a point été formulé en principes, et qu'il reste oublié dans les livres de chirurgie. C'est une simple note pour servir à l'histoire systématisée des corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres. Ces faits curieux et bizarres étonnent par leur étrangeté et méritent l'examen de la science; car je présume que dans l'art de guérir il n'est sujet si minime qui ne soit digne de toute l'attention des observateurs. Je vais chercher à créer sur ce point un essai de doctrine.

---

(1) A la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, l'auteur a été nommé membre correspondant en décembre 1837. La Société royale de médecine de Paris, pour le même travail, lui a accordé, en février 1838, le titre distinctif de *correspondant spécial.*

§ I.

Que des corps étrangers s'introduisent par le pharynx et après un séjour et des accidents variables, viennent, en parcourant tout le canal alimentaire, sortir par l'anus avec les selles, c'est chose assez commune et dont les exemples abondent chez les auteurs. La mort est souvent la suite de leur présence; mais d'autres fois, ils ne déterminent aucun désordre durant leur passage. Ainsi :

Obs. I. — Un homme fit le pari d'avaler successivement plusieurs écus de 5 fr. Le premier et le seul avalé s'arrêta en travers à plus d'un pouce au-dessus du sternum; et le malade arriva à l'Hôtel-Dieu dans un état de suffocation et d'angoisse effrayant. M. Gensoul, en ayant en vain tenté l'extraction avec des pinces courbes, avec un crochet mousse, le poussa dans l'estomac et au bout de deux mois il fut rendu avec les selles, noir et rugueux. Le malade ne le rapporta pas, de peur qu'on ne le gardât.

Obs. II. — Un de mes parents, fait prisonnier en Espagne, fut jeté dans les pontons anglais, où les Français eurent à souffrir la plus horrible misère, endurant la faim et la soif, et toutes sortes de privations. On les faisait jeûner jusqu'à deux à trois jours, puis on leur donnait du pain frais, si bien que sur 5 à 600 prisonniers, 80 périrent en un seul jour. Pour conserver 8 à 10 pièces d'or qu'il avait et pouvoir ainsi subvenir au fur et à mesure à ses plus pressants besoins, il les avalait les unes après les autres, et après un temps variable de cinq à dix jours, il les rendait successivement par les selles. Cette opération fut souvent répétée, autant que dura l'or et toujours sans accident.

Obs. III. — Il est assez ordinaire de voir des paquets de noyaux de cerises, de prunes et d'abricots parcourir impunément le tube intestinal. Ces corps, il est vrai, ne sont pas nuisibles de leur nature ; mais il peut en être aussi de même pour ceux qui sont susceptibles de le devenir. J'ai vu une dame qui avait avalé une grosse boucle en cuivre, qu'elle allait coudre à

des rideaux. Elle n'en fut point incommodée et finit par le rendre sans douleur avec les selles.

Je ferai remarquer en passant, que tous ces faits contrarient singulièrement l'opinion de tous les physiologistes anciens et modernes qui n'ont jamais manqué de comparer le pylore à un concierge actif qui ne laisse point forcer le passage dont il est censé avoir reçu la garde des mains de la nature; circonstance qui lui a même valu son nom d'origine grecque (πυλη, porte, ωρεειν, garder). Je lis encore dans un des plus récents traités de physiologie, le passage suivant: « Tant que l'aliment n'est pas suffi-
» samment chymifié, il est retenu par le pylore, qui, *sentinelle*
» *vigilante*, se contracte sur lui et ne s'ouvre que pour laisser
» passer le chyme le plus parfait; et si, au milieu de ce chyme,
» il se présente une substance non digérée, elle est seule rete-
» nue et repoussée. Pour exercer cette fonction, cette valvule
» est douée d'un mode de sensation spéciale qui l'avertit des
» qualités des aliments, et provoque la contraction des fibres
» musculeuses qu'elle contient dans son épaisseur. Cette action
» élective ne peut plus laisser de doute, etc. » (Brachet, *Physiologie*, 1836; Encyclopédie des sciences médicales, t. 5, p. 214.)

Il faudra bien admettre que le pylore ne remplit pas toujours exactement son office de portier; et de cet oubli il résulte parfois des lésions chroniques de l'appareil intestinal, qui peuvent entraîner la mort.

Jusqu'ici néanmoins nous ne trouvons que des phénomènes explicables par l'ordre naturel des fonctions de l'économie; mais que des corps étrangers, introduits par le pharynx, soient sortis par les bras, par le dos, par le thorax et l'abdomen, par l'urèthre, par le pli de l'aine, par les membres inférieurs, voilà des faits qu'on ne saurait d'abord concevoir ni admettre, et qui cependant sont constatés par tant d'autorités qu'on ne peut plus raisonnablement les révoquer en doute. Je vais citer quelques nouvelles observations.

Obs. IV. — Il s'agit d'une dame d'environ 46 ans, que j'ai eu occasion de voir avec M. Duchesne de Givors, vers le mois d'août 1834, elle avale par mégarde une aiguille fine qu'elle tenait à la bouche. Aucune douleur n'en suivit la déglutition, au-

cun malaise, aucun désordre dans les fonctions ne se développa plus tard, si bien que la malade ne s'en inquiéta point, et qu'elle n'y songeait déjà plus, lorsque, en novembre, trois mois et demi après, elle éprouva tout à coup une vive piqûre vers le milieu du bras gauche, au-dessous et en dehors de l'attache du deltoïde. La pression augmentait la douleur; on y sentait un corps dur, peu mobile, de la grosseur d'un fil de fer, et faisant l'effet d'un tendon rompu, de sorte que cette dame croyait avoir quelque chose de cassé dans le bras, d'autant mieux que cela s'accordait, dit-elle, avec la nature de ses douleurs. Quatre jours après la peau commença à y jaunir dans la largeur d'un écu de 3 livres; le bras y enfla; elle crut qu'il allait s'y former un dépôt, mais il n'en fut rien. Les douleurs devinrent assez vives; elles augmentaient par le moindre mouvement, ce qui obligea la malade de tenir le bras en écharpe. Ces symptômes disparurent grâce au repos et à des applications émollientes; et au bout de douze jours quand elle recommençait à agir, elle éprouva tout à coup, dans un mouvement étendu du bras, une piqûre aussi vive que la première fois, et aperçut, en se déshabillant, une petite pointe effilée qui faisait saillie à travers la peau : l'aiguille était obliquement située, et un peu en travers, et semblait vouloir changer de direction : la pointe était tournée en dehors, et paraissait avoir marché la première. Elle l'arracha elle-même et sans douleur, elle était brune, semblable à de l'acier brûlé, et non courbée; elle n'avait plus de tête, mais on ne pût savoir si elle était déjà cassée auparavant. Depuis lors elle n'éprouva plus aucun malaise de ce côté. Mais trois jours après, elle prit la jaunisse. Il faut dire qu'elle était en proie à divers chagrins domestiques, lesquels ont sans doute seuls eu part à la production de l'ictère.

Obs. V. — Un enfant, en jouant, avale une épingle; durant deux ans aucun phénomène morbide ne se manifeste. A cette époque, des douleurs aiguës surviennent aux lombes; une inflammation s'y développe Le petit malade souffrait cruellement, et son état empirait quand on vint à soupçonner la présence du corps étranger. M. Rougier y pratiqua une incision, et parvint à extraire l'épingle, qui avait changé d'aspect et s'était un peu encroûtée de verdet.

Obs. VI. — A ces deux faits récents, j'ajouterai le suivant, plus ancien de quelques années. Une jeune dame en brodant, avale par mégarde son aiguille; après un temps qu'on ne pût fixer, de vives douleurs survinrent au sein droit; la malade avait complétement oublié l'accident; on ne savait à quoi les attribuer : aucune cause apparente n'en rendait compte. Cependant elle souffrait beaucoup; l'inflammation s'empara de la peau au-dessus du sein; on y fit une incision, à travers laquelle on fut fort surpris de voir sortir une aiguille. Dès ce moment la jeune dame fut soulagée.

Il est digne de remarque que les feuilles périodiques de la littérature médicale se taisent en général sur ce genre de faits; et l'on peut dire que depuis les travaux de l'ancienne Académie de chirurgie aucun travail d'ensemble n'a été entrepris sur cette matière; ce qui m'a engagé à rappeler l'attention des hommes de l'art sur ce point par l'essai que je présente.

§ II.

De ces observations qui ne semblent que curieuses au premier abord, il s'agit maintenant, pour les rendre utiles, de tirer quelques données pour le diagnostic et le traitement. « Cette matière, dit Hévin dans un volumineux mais intéressant mémoire inséré au 1er vol. de ceux de l'Académie de chirurgie (édit. in-4°, pag. 444, Paris, 1761), cette matière n'est pas du genre de celles qui peuvent être réduites à des principes dont le seul développement puisse fournir une théorie capable de nous conduire dans la pratique. »

Les auteurs suivants ne l'ont guère fait que pour le traitement. Je vais essayer d'émettre quelques réflexions à ce sujet.

Et d'abord quant au diagnostic, les détails précédents doivent déjà donner l'éveil. Les considérations suivantes sur le mode de progression de ces petits corps étrangers sur leur direction, sur les lois qui les entraînent, sur la durée de leur séjour, et sur les phénomènes morbides qui se développent à leur apparition, pourront éclairer leur histoire.

1° Relativement à leur mode de progression, voici ce qui m'en

semble : ils s'engagent obliquement dans le canal alimentaire, y restent fichés, et y déterminent une ulcération circulaire qui les rend libres; alors quelquefois ils retombent et suivent les parois du tube digestif; mais s'ils sont plus avant engagés, ils les percent et s'avancent plus profondément. Une fois dans les muscles les contractions des fibres les poussent, et, précédés de l'usure ou du décollement des parties placées au devant d'eux, ils prennent leur voie à travers nos tissus, et cheminent au sein des faisceaux musculaires, en suivant leur direction, jusqu'à ce que trouvant un point d'appui pour une de leurs extrémités, ils piquent alors obliquement et tendent à s'éloigner de l'axe du muscle ou du membre, ou jusqu'à ce que dans un mouvement brusque, ils se trouvent engagés dans une autre route et forcés de changer de direction. On peut se faire une idée approximative de cette manière de progresser, par celle d'un épi qu'on introduit dans sa manche, et qui par les mouvements du bras, monte ou descend selon la direction de ses arêtes.

2° La ligne qu'ils suivent dans leur marche, vient encore confirmer mon opinion : je veux dire qu'ils cheminent selon l'axe et par les contractions des muscles. Le fait suivant analogue à ma VIe observation, en est une preuve évidente : « Une demoiselle avale une épingle; le lendemain Petit la sentit, sans pouvoir l'extraire, au-dessous du cartilage thyroïde. Un an après il la trouva vers l'articulation sterno-claviculaire; puis elle se dévia, se plaça en travers, et trois mois plus tard elle était en devant du moignon de l'épaule d'où il la retira par une incision. » Il est clair qu'elle suivit (1) les fibres musculaires du cou puis du pectoral.

Tous les auteurs ont remarqué que ces corps respectent d'ordinaire les nerfs, les veines et les artères, je crois que cela arrive, tant que leurs extrémités sont mobiles et sans appui qui les fixe. Ledran fils, en faisant une saignée du bras, trouva une

---

(1) Du même genre est l'observation recueillie en 1835, par M. Miquel sur un employé supérieur du ministère des finances, relative à une aiguille qui cheminait du haut en bas dans la cuisse droite, et qui ne s'était certainement pas introduite par la peau, mais avait dû être avalée.

(*Bulletin de thérapeutique*, t. 8, p. 381.)

épingle qu'on n'avait pas soupçonnée, accolée à la veine qui n'en était pas lésée (Hévin, *Acad. chir.*, p. 551). Mais quand ils deviennent immobiles, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Par exemple, pour les artères : M. Dumoustier a vu un fragment d'os déterminer l'érosion de la carotide; MM. Laurencin et Dubreuil de petits os celle de l'aorte, M. Bernast celle de l'artère pulmonaire, etc., et tous ces accidents ont été mortels. (Bégin, *Dict.* en 15 vol., t. 5, Corps étrangers.)

3° Ces corps dans leur progression obéissent aux lois de la pesanteur, c'est-à-dire qu'ils descendent au-dessous du point où ils s'engagent. A cette catégorie appartient le fait confirmatif recueilli par M. Piazza en 1834, et où l'on voit une aiguille descendre manifestement le long de la cuisse (*Bulletin thérapeutique*, t. x, p. 385).

Les seules observations à ma connaissance sur plus de cent, qui sembleraient contredire d'abord cette règle, sont celles de Rejes qui retira une aiguille derrière le lobule de l'oreille, et de Verduc qui en arracha une un peu au-dessous; mais ces deux points ne sont qu'au niveau des amygdales. Je ne tairai point qu'un journal étranger (*Bervick Warder*) a publié un cas en apparence réfractaire à la loi que je pose; mais les circonstances, trop vagues, manquent de cette authenticité que demande la démonstration scientifique (*Gazette médicale*, 20 août 1836).

J'ajoute que ces corps marchent également par la tête et par la pointe, quoique Hévin ait dit que leur extrémité la plus chargée de matière est ordinairement entraînée la première. S'il n'en était pas ainsi, et qu'elles n'eussent qu'un mode uniforme pour cheminer, elles devraient parfois sortir sur la tête, quand elles s'engagent autrement. Car si ces corps sont précédés par l'usure ou le décollement, ils sont toujours suivis de la cicatrisation des parties, ce qui ne leur permet pas de reculer. Les points par où ils sortent le plus ordinairement sont le cou, les parois abdominales et le pli de l'aine; je rappellerai à ce sujet l'observation curieuse recueillie en 1834 par M. Accassat, relative à un épi de seigle qui se fit jour de l'estomac vers la peau de l'épigastre chez un enfant de 3 mois (*Bulletin thérapeutique*, tome VII, p. 306). Arnaud et Saviard ont trouvé des corps étrangers dans

les testicules qui en étaient devenus cancéreux ; Mœinichen et Rodericus à Castro en ont vu descendre jusqu'à la jambe. J.-L. Petit en a rencontré un à l'orteil médian du pied droit; je crois qu'il a tort de penser qu'il serait remonté s'il ne l'eût extrait. M. Arnaud a rapporté plusieurs cas de corps étrangers qui après avoir été avalés se sont fait jour à travers la peau, entre autres celui d'une aiguille qui s'étant engagée dans le pharynx, occasionna les symptômes les plus singuliers et sortit longtemps après par un abcès à l'ombilic. Une observation non moins remarquable a été recueillie par M. Desgranges de Lyon sur un vieillard qui ayant avalé une arête de brochet, longue de 18 lignes, vit bientôt paraître à l'ombilic une tumeur dont on fut loin de soupçonner la nature. Elle s'abcéda après plusieurs années, et l'arête sortit avec le pus qui s'était formé. (Richard de la Prade, *Compt. rend. des trav. de la Soc. de méd. de Lyon*, 1821, pag. 62.)

4° La durée de leur séjour est très-variable. Boyle (*Rép. des lett.*, oct. 1685) rapporte l'histoire d'une demoiselle de 18 ans, qui avala plusieurs épingles : en moins d'un mois les unes sortirent par l'anus, et les autres par les parois abdominales; elle tomba dans le marasme et en mourut. M. Silvy de Grenoble cite (*Mém. Soc. méd. ém.*, t. v) un cas analogue, c'est celui d'une fille chlorotique qu'une manie bizarre portait à avaler des aiguilles et des épingles, et qu'il vit mourir, ayant tous les tissus pénétrés et criblés de ces corps. — La durée de ce séjour est de 3 mois et demi dans ma IVe observation et de 2 ans dans la Ve. Boiricchins en rapporte une semblable à cette dernière, c'est celle d'un homme chez qui, à diverses reprises, il eut à extraire des os de poisson dans la région lombaire, mais il ne note pas après combien de temps (Hévin, *Ac. ch.*, p. 566) cette durée peut s'étendre à 4 ou 5 ans et même plus.

Obs. VII. — Un hussard, dans les campagnes d'Italie, reçoit un coup de feu au-dessus de la fesse; la balle restée dans les muscles mit 10 ans à descendre jusqu'à la tête du péroné où elle se fixa et d'où elle fut extraite. Elle n'empêcha pas le malade de marcher durant tout ce temps; aujourd'hui l'articulation ne s'en ressent plus, et est parfaitement libre.

Ce cas a une analogie frappante avec le fait remarquable recueilli par M. Galiay en 1808, où un biscayen chemina pendant 11 mois le long du membre abdominal depuis la fesse jusqu'au mollet et sans accident autre qu'un phlegmon au point de sa sortie (*Bull. thérap.*, tom. XI, pag. 229).

MM. Roche et Sanson ont vu un sabot de cochon rendu par les selles 20 ans après avoir été avalé. (*Path. méd. ch.*, 1re édit., t. IV, corps étr. estomac.) Nous verrons encore plus loin combien cette durée varie.

5° Quant aux accidents qui annoncent leur présence, il y a une remarque à faire : c'est que les os de poisson qui sont les corps qu'on est le plus exposé à avaler, sont aussi ceux qui déterminent le plus souvent des abcès ; les épingles et les aiguilles, sans doute comme plus tenues et plus acérées, sont moins sujettes à faire abcéder les parties en contact avec elles, ce qui du reste est d'accord avec les observations précitées : « Les épingles et les aiguilles, dit Hévin (*ib.*, p. 465) paraissent moins dangereuses que les fragments d'os. »

Leur présence est souvent innocente et je signalerai en passant le parti qu'on peut tirer en thérapeutique de cette remarque pour oblitérer les varices et le sac des hernies par la ponction des épingles à demeure.

Lorsque l'acupuncture était en vogue dans la science, il est plus d'une fois arrivé que des aiguilles se sont perdues pendant les manœuvres dans le tissu de nos organes, sans entraîner d'accidents. Ainsi M. Berlioz cite une fille, atteinte de gastralgie, qui s'introduisit profondément dans l'épigastre une aiguille qui chemina à gauche avec quelque douleur d'abord, et finit par n'avoir d'autre effet que la guérison de la malade. M. le docteur Dantu dit avoir vu trois fois des accidents analogues sans qu'il en soit arrivé rien de fâcheux (*Dict.* en XXV vol., 1832, tom. I, pag. 532).

Lorsque ces corps étrangers arrivent vers la face interne de la peau, une chaleur anormale, une tumeur rouge, circonscrite, douloureuse, à peu près analogue à celle qui forme le furoncle, annoncent ordinairement leur présence sous cette membrane, dont le tissu résistant et sensible ne se laisse pas aussi facile-

ment traverser. Parfois la tumeur s'abcède et cela d'autant plus promptement qu'elle s'est développée avec plus d'énergie, et donne issue, spontanément ou avec le secours de l'art, au corps étranger qu'elle recèle. D'autres fois, après avoir cheminé sans douleur dans l'intérieur de nos membres, ces corps sortent aussi sans douleur; et alors, dit Bégin (*Dict.* en xv vol., t. 5, 1830), leur extrémité apparaît au dehors sans inflammation préalable, et peut être retirée avec les doigts, ce qui a lieu pour les corps très-minces et très-acérés.

Ceci nous fera apercevoir comment il se peut faire que ces corps parcourent impunément les tissus de nos organes. Un fait d'ailleurs capable sinon de l'expliquer du moins de le faire comprendre, ce sont les tours des jongleurs qui se traversent les mains et les bras avec des fils métalliques ténus et acérés; et je me rappelle qu'au collége plusieurs de mes camarades se faisaient un jeu de se transpercer avec des aiguilles le nez et l'épaisseur des joues. Les phénomènes de l'acupuncture qu'il a été de mode de pratiquer en médecine pendant quelque temps, viennent éclairer ce point en confirmant l'innocuité de cette manœuvre dans la généralité des cas (J. Cloquet et Dantu de Vanus. 1826, *Traité de l'acupuncture*).

Un mode d'expulsion fort extraordinaire, et si bizarre qu'en le rapportant, Hévin craint de paraître trop crédule, c'est leur sortie par l'urèthre. Benedictus dit avoir vu une fille qui rendit ainsi après 10 mois et sans accident une épingle de cheveux, et J. C. Claudinus un enfant de 7 ans qui pissa une aiguille qu'il avait avalée 5 ans auparavant. Il y a plus : Diemerbroeck raconte que sa femme ayant avalé une épingle la rendit *sans accident 3 jours après* dans ses urines, et Langins qu'une fille rejeta aussi par l'urèthre 5 *aiguilles 3 jours après leur entrée.* Plus de dix auteurs rapportent des faits semblables. Le docteur Wolff raconte une observation analogue, au moins aussi extraordinaire : en décembre 1833 un individu complétement paralysé par une affection de la moelle épinière, rendit en urinant une grande quantité de larves de mouches vivantes, et cela sans qu'il put y avoir supercherie. Quarante-huit heures après, à l'autopsie, la vessie fut trouvée saine, sans abcès, sans trajet fistuleux; rien n'expli-

qua ce phénomène. Schrader et Bremser ont décrit fort au long des cas analogues (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, août 1834).

On a cherché à expliquer la route qu'ils suivent. J.-C. Claudinus pensait qu'en perçant l'iléon ils passent directement dans la vessie; Plater et Bortholin en ont vu traverser du rectum dans cet organe. Du reste il n'y a rien de constant à cet égard néanmoins la science est faite sur ce point. Il n'est nullement besoin pour expliquer leur sortie si étrange de leur créer des voies particulières, ni de les faire voyager à travers le système circulatoire. Il est reconnu que le passage de ces divers corps d'un viscère dans l'autre se fait d'après des principes fixes, c'est-à-dire par l'ulcération et la déchirure d'une portion des voies naturelles où ils se sont engagés, et qui communiquent d'une manière quelconque soit avec l'extérieur soit avec un autre organe. C'est ainsi que M. Velpeau a trouvé un calcul gros comme une petite noix, ayant une épingle pour noyau, par suite d'une communication entre le colon ascendant et l'urèthre perforé. (*voyez Dict.* en xxv vol., 1832, t. I, p. 206.)

§ III.

Ces considérations que j'ai classées méthodiquement pour éclairer le diagnostic, nous conduisent naturellement à l'histoire du traitement, celui qui regarde l'extraction de ces corps ayant trait plus directement à l'esprit de mon mémoire, je m'en occuperai d'abord.

1° Les auteurs varient sur les indications à remplir dans ce cas. « Autant il est utile, dit Bégin, (*Dict.* en xv vol., tom. 5) » d'extraire sans retard les corps étrangers qui compliquent les » plaies récentes, autant on doit être réservé pour l'exécution » des opérations que *nécessitent* la découverte et la sortie de ces » corps, lorsqu'ils séjournent depuis longtemps dans les tissus. » On doit les abandonner toutes les fois qu'ils n'occasionnent » ni douleur forte, ni gêne considérable dans les fonctions, ni » difformité évidente dans l'aspect des organes. » Il me semble que c'est être par trop temporiseur, surtout si l'on songe aux accidents que j'ai signalés, et je crois que Hévin donne un précepte

plus sage : « Il convient, dit-il (4me art., pag. 551), de leur ouvrir un passage aussitôt qu'on peut les sentir vers la peau, de crainte qu'ils ne se portent vers quelques viscères et n'y causent de graves désordres. » L'extraction est donc alors l'indication la plus pressante, et la conduite la plus sage. Les considérations que j'ai émises (chap. § II) appliquées à l'étude de la direction des muscles et de leur physiologie, pourront utilement servir de guides.

2° Mais pour éviter tous ces accidents ultérieurs, il sera urgent de tâcher par tous les secours de l'art de les prévenir aussitôt que ces corps viendront à être avalés. Je vais indiquer les principaux moyens que je ne ferai qu'esquisser.

I. Les doigts suffisent quelquefois. De la Motte a réussi à extraire plusieurs fois ainsi des fragments d'os (*Chir. compl.*).

II. Autrement il faut avoir recours aux pinces. S. Cooper (art. *œsophage*) recommande celles de Weiss du Strand dont se sert Astley Cooper. A leur défaut on emploie les pinces à polypes. C'est le moyen le plus usité.

III. Quand les corps ont assez de prise le crochet mousse peut être avantageux. Perratin de la Flèche, Rivière et Petit de Nevers se servaient d'un fil de fer recourbé : plusieurs accidents en ont suivi l'emploi. Etedman de Kinron imagina un crochet boutonné, et Fabrice de Hilden un crochet mousse et plat. C'est, je crois, le seul en usage.

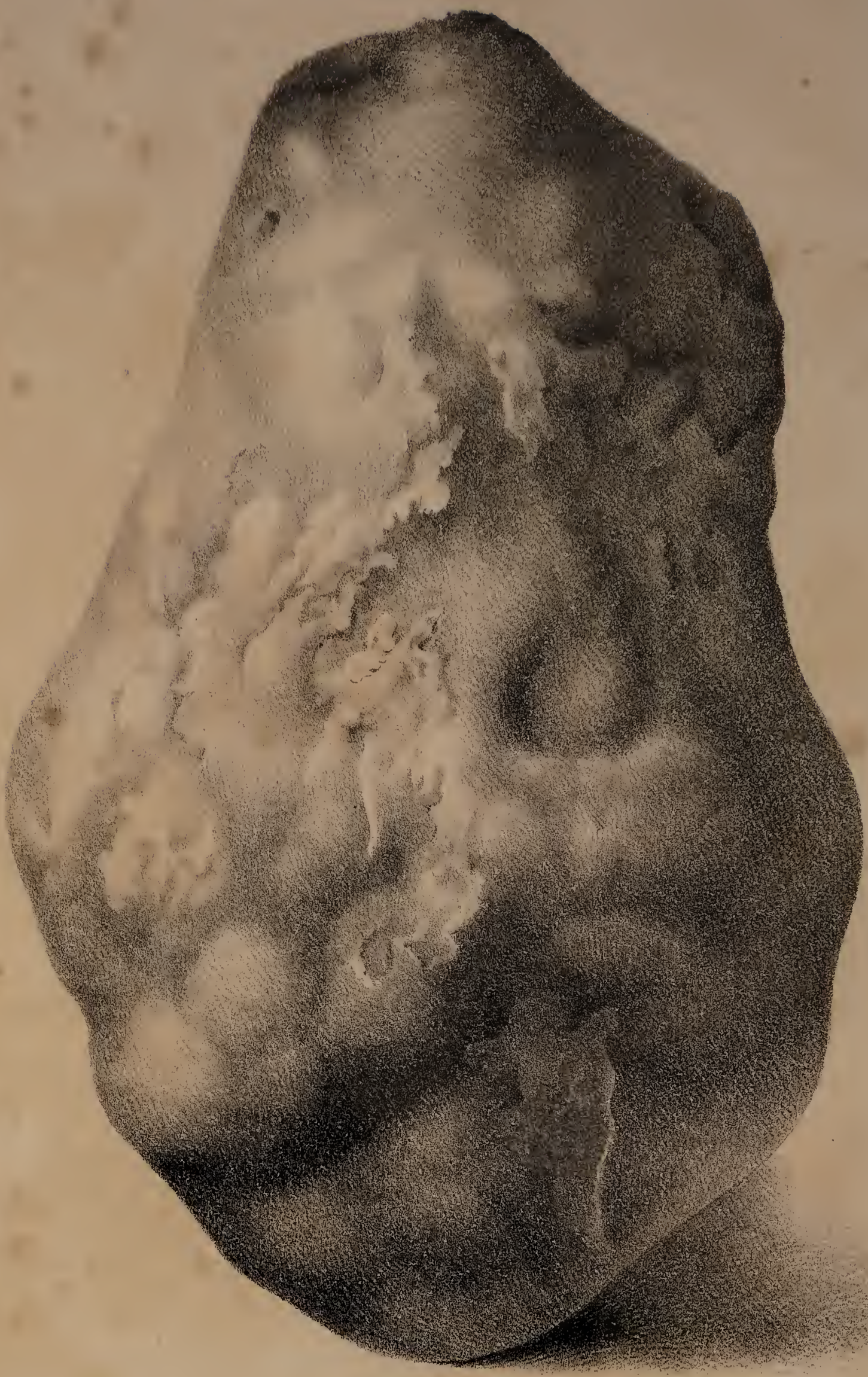
IV. J.-L. Petit inventa une tige flexible terminée par une petite anse, tige à laquelle il ajouta ensuite plusieurs anneaux mobiles en tout sens, où pussent s'engager les corps étrangers à extraire.

V. De la Haye s'est servi avec succès d'un instrument analogue pour retirer des aiguilles et des os de poisson, c'est d'un stylet flexible dont il garnissait l'œil de plusieurs lacs et anneaux de filasse. Maréchal a réussi une fois avec une simple anse de baleine flexible.

VI. On sent combien ces moyens sont infidèles. S. Cooper recommande la sonde en gomme élastique comme plus facile à introduire et à retirer (*Dict. de chir. pratiq.*).

VII. Un instrument meilleur c'est l'éponge qu'on adapte à une

Archives. Janvier 1840. Calent l'estomac



boissons mucilagineuses, des loochs, des potions huileuses, etc.

4° Enfin, quand on n'a pu ni les extraire ni les enfoncer, et que leur présence fait craindre pour la vie, il n'y a plus d'espoir que dans des opérations qu'il n'est pas de mon sujet de décrire. Je dirai seulement qu'elles ne sont pas toujours aussi dangereuses qu'on le croit; par exemple, l'œsophagotomie a été pratiquée trois fois avec succès et vient d'être beaucoup simplifiée par l'instrument que Vacca Berlinghieri a imaginé en 1820 et qu'il nomme *ectopœsophage*. Quant à la gastrotomie, elle a été heureusement faite par M. Bouchet de Lyon, pour extraire de l'estomac une cuiller d'argent. Mais, est-il besoin d'ajouter qu'on ne saurait être trop circonspect dans l'examen des signes diagnostiques, quand il s'agit de se décider à des manœuvres opératoires d'une telle gravité? Il me suffit d'avoir esquissé les principales indications à remplir.

Je m'estimerai heureux si les considérations que j'ai émises dans ce travail peuvent éclairer ce qui concerne le diagnostic et la thérapeutique des corps étrangers touchant leur mode de progression, leur ligne de direction, leur marche descensionnelle, la durée de leur séjour, les signes précurseurs de leur issue, etc.; et si mes recherches et mes observations viennent ajouter des documents utiles à l'histoire encore incomplète des corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres.

CALCUL VÉSICAL ÉNORME,

CYSTOTOMIE ÉPIPUBIENNE, MORT, AUTOPSIE, ABCÈS DE L'ABDOMEN.

Observation recueillie par M. CANZIUS, interne à l'hôpital St-Jean.

Jérôme Beclaerts, portefaix, âgé de 39 ans, né et demeurant à Bruxelles, rue de Flandre, n° 129; père de six enfants, entre le 16 janvier 1837, à l'hôpital St-Jean.

C'est un homme maigre, d'une stature élevée, d'un tempéra-

ment lymphatico-nerveux et d'un caractère morose. Dès l'âge de 12 ans, il s'aperçut que ses urines déposaient un sédiment abondant et une grande quantité de matières glaireuses, et il fut tourmenté par un besoin fréquent d'uriner.

Cependant sa santé fut toujours excellente; il se maria, il eut plusieurs enfants, et les incommodités de son mal ne l'empêchèrent point de continuer son rude métier, jusqu'à environ cinq mois avant l'époque à laquelle il vint réclamer notre assistance. Alors il ressentait de la douleur au moment de la défécation, le besoin d'uriner se faisait aussi bien plus fréquemment sentir.

Depuis quelques semaines les douleurs sont devenues de plus en plus vives et accompagnées d'insomnie; mais si un sommeil réparateur vient un instant suspendre ses souffrances, Beelarts est bientôt réveillé en sursaut par des douleurs pongitives qui lui arrachent des gémissements et des cris. L'excrétion des urines est toujours fréquente, difficile, douloureuse, parfois même impossible. La main appliquée sur l'hypogastre, sent un corps dur, s'élevant au-dessus du niveau du pubis. Le malade nous rapporte que c'est depuis trois à quatre mois seulement, qu'il sent ce corps lourd s'incliner toujours du côté sur lequel il se couche; s'il se baisse fortement, ce même corps se porte en avant. Le doigt introduit dans le rectum trouve cet intestin déprimé, par la vessie distendue outre mesure et remplissant presque en totalité le petit bassin; le volume du corps qu'elle contient est évalué approximativement à celui de la tête d'un fœtus de six mois.

Une sonde en argent introduite dans l'urèthre, vient donner au diagnostic le dernier degré de certitude. A peine a-t-elle franchi le col vésical, qu'elle est arrêtée par un corps dur, fixe, d'une vaste dimension et donnant par la percussion le timbre caractéristique.

Ces différents signes physiques, joints aux circonstances commémoratives, ne laissent aucun doute sur l'existence d'un calcul vésical d'un volume peu ordinaire.

Le diagnostic établi, restait à décider le mode opératoire, pour l'extraction que le malade réclamait vivement, comme le seul moyen de mettre un terme à ses douleurs atroces.

Le volume énorme du calcul faisait rejeter toute idée de taille

périnéale, cependant on forma le projet de combiner cette opération avec la lithotritie, mais il fut abandonné et la cystotomie sus-pubienne fut résolue.

Le malade ayant été convenablement disposé, l'opération fut pratiquée dans la matinée du 20 janvier, par M. André Uytterhoeven, chirurgien en chef, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves.

Le malade est couché sur le dos, la tête un peu relevée et les cuisses dans la demi-flexion, afin de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement.

La saillie du calcul à l'hypogastre, rend inutile l'introduction de la sonde à dard ou tout autre moyen de distendre la vessie.

La ligne blanche est divisée avec les précautions ordinaires. Cette première incision arrache des cris aigus au malade, d'où résulte la hernie du péritoine et des intestins à travers la plaie, aussitôt que le doigt de l'opérateur en est retiré. Un aide est chargé de les contenir, un autre aide introduit dans le rectum trois doigts, au moyen desquels il repousse en haut le calcul dans le but de tendre la paroi antérieure de la vessie. Le malade rend par l'urèthre une grande quantité d'urine glaireuse et sédimenteuse. On fait alors une incision à la vessie au moyen du bistouri droit, qui glisse ensuite sur une sonde cannelée et agrandit cette ouverture du côté du pubis. L'indicateur introduit dans la vessie, reconnaît et détache avec précaution les adhérences qui existent entre elle et la pierre, surtout au sommet de celle-ci; les contractions des muscles abdominaux sont tellement vives que le doigt explorateur s'engourdit, devient même douloureux; force était donc d'inciser ces muscles en travers dans une portion de leur étendue; aucun battement artériel n'y ayant été perçu, une incision de 3/4 de pouce d'étendue, est pratiquée en travers de chaque muscle droit, vers le milieu de l'incision longitudinale. On peut ainsi s'assurer de la forme et du volume du calcul, dont le grand axe était presque parallèle à celui du corps. L'opérateur saisit alors avec l'indicateur et le pouce, la pierre qu'un aide soulevait au moyen des doigts introduits dans le rectum; l'attire à travers la plaie et en amène le sommet au dehors. Celui-ci est alors saisi entre les cuillères de fortes *tenettes-forceps* que

M. Uytterhoeven avait fait construire *ad hoc* par M. Bonneels. (Ce sont des tenettes dont les mors ont la forme des cuillères du forceps et sont garnies de fortes aspérités.) La plaie de la vessie et celle des parois abdominales n'étant pas assez larges pour permettre à la base du calcul de les traverser, sont agrandies successivement. La première longitudinalement à un pouce de hauteur, la seconde au moyen d'une incision transversale d'un demi-pouce pratiquée sur le milieu de chaque lèvre de la plaie vésicale première.

L'aide chargé de refouler le péritoine et les intestins, les maintient au moyen des médius, en même temps que des deux index il soutenait les bords de la plaie de la vessie. Le calcul est de nouveau saisi et extrait par des tractions lentes, modérées et dirigées de manière à permettre aux parties molles de se dilater sans déchirement. Alors tous les assistants peuvent, à leur grand étonnement, juger de l'énormité de ce corps étranger (1). Il pèse kil. 1.15, sa circonférence est de 39 centimètres prise selon son diamètre longitudinal, et de 30 selon le plus grand diamètre transversal. Sa hauteur est de 17 centimètres; sa surface d'un jaune fauve est bosselée; il paraît formé de plusieurs couches minces, friables.

Il n'a pu être soumis à l'analyse chimique, étant destiné à être déposé dans un cabinet d'anatomie pathologique; il est pyriforme et ressemble assez bien à la calebasse.

Beelaerts supporta l'opération avec résignation et courage, il n'accusa qu'une douleur vive dans le gland; une potion calmante lui fut administrée et l'on procéda au pansement de la manière suivante :

Deux points de suture sont jetés à la partie supérieure de la plaie des parois abdominales, une mèche à seton est introduite dans la vessie, son extrémité libre pend entre les cuisses, dans le but de servir de conducteur aux urines. Larges bandelettes agglutinatives pour soutenir les points de suture, pansement sec. On prescrit les précautions de rigueur dans les opérations graves.

(1) Voyez la planche ci-jointe qui en offre exactement les dimensions.

Le 21, sommeil calme, prolongé, pas de fièvre, toux légère, fréquente qui imprime des secousses à la plaie et y renouvelle la douleur. Urines très-abondantes, diète sévère, soins de propreté, cérat sur les cuisses et les fesses pour éviter les excoriations. Vers 3 heures, frisson assez intense, dans la soirée le malade est très-calme, dit se trouver bien; looch blanc de Paris, tisane d'orge.

Le 22, état satisfaisant, réaction fébrile peu marquée, toux fréquente, expectoration difficile, douleur nulle, pas de selle.

Le 23, la nuit, douleur pongitive vers l'ombilic, augmentant par la toux et la pression, état général assez rassurant; quelques heures de sommeil, trois selles liquides. — *Prescriptions :* Six sangsues sur le point douloureux et huit éparpillées sur le ventre, cataplasme, boissons émollientes et mucilagineuses. Le soir, amendement marqué.

Le 24, délire tranquille toute la nuit, soif ardente, fièvre le matin, ventre météorisé, le sub-delirium persiste et s'exaspère vers le soir. — *Prescriptions :* Vingt sangsues au ventre, cataplasmes. Section des points de suture qui sont remplacés par des bandelettes agglutinatives. Lavement laudanisé (12 gouttes). Le soir, un second lavement contenant (6 gouttes).

Le 25, la nuit a été calme, sommeil réparateur, délire nul, le malade ne se plaint de rien. — *Presc. :* mucilage de salep.

Le 26, le malade est abattu, le courage l'abandonne, légère stupeur, la plaie est pâle. — *Presc. :* toucher légèrement les bords de la plaie avec l'essence de térébenthine et les recouvrir d'un plumasseau chargé d'onguent digestif. Légère crème au riz aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger.

Le 27, sommeil tranquille, les urines sont rejetées par le canal de l'urèthre depuis hier soir, le cerveau perçoit la sensation du besoin de les rejeter, nous lui remarquons une teinte ictérique prononcée aux sclérotiques surtout; douleurs aiguës dans les bras, les mains, qu'un opéré de la taille bilatérale, quelques jours avant, accusa aussi 36 heures avant sa mort. — *Presc. :* Décoction incrassante de Fuller, huile camphrée en embrocations sur le ventre, crème au riz. Le soir, exaspération intense, perte complète de connaissance.

Le 28, stupeur, excrétion involontaire des urines par la plaie et par l'urèthre. La respiration est gênée, le ventre ballonné, l'ictère se prononce davantage, les traits se décomposent et Beelaerts succombe dans la soirée.

Nécroscopie. — 40 heures environ après la mort.

Aspect du cadavre. — Teinte ictérique très-foncée, amaigrissement profond, abdomen largement météorisé, plaie externe béante, couverte d'une eschare épaisse et noirâtre.

Viscères encéphaliques et thoraciques. — Ils n'offrent aucune altération notable.

Abdomen. — Des adhérences filiformes et en bandelettes existent entre les bords de la vessie et ceux de la plaie des parois abdominales. Dans l'épaisseur des muscles droits, au niveau de la plaie, existait un foyer purulent.

Vessie. — Ses parois sont dures et d'un pouce d'épaisseur, à l'endroit correspondant au sommet de la pierre, les tissus qui constituent la vessie sont complétement usés dans l'étendue d'environ une pièce de cinq francs. Cette partie du corps étranger n'était plus recouverte que par le péritoine qui paraît lui-même frappé de gangrène, à en juger du moins par la teinte noirâtre qu'il présente. En sorte que la pénétration du calcul dans la cavité abdominale était imminente. La muqueuse est recouverte d'un pus très-épais, offre plusieurs fistules communiquant avec des abcès formés dans l'épaisseur des parois vésicales. Un vaste abcès occupe la fosse iliaque interne gauche et se prolonge jusque sur les bords du sacrum.

Reins et urétères. — A l'état normal.

Péritoine. — Sans altération appréciable. Une distance d'un pouce le sépare encore de l'angle supérieur de la plaie des parois.

Intestins grêles et mésentère. — Ils offrent des traces d'une inflammation violente; çà et là de légers étranglements qui donnent à l'intestin l'aspect d'un chapelet.

Gros intestins. — Distendus par des gaz.

Estomac, duodenum, foie. — Sans altération.

CALCUL VÉSICAL ENCHATONNÉ DERRIÈRE LE PUBIS, TAILLE BI-LATÉRALE, MORT, AUTOPSIE.

Observation recueillie par M. CANZIUS, interne à l'hôpital St-Jean.

Un ouvrier employé dans une filature de coton, âgé de 28 ans, d'une constitution appauvrie, d'un tempérament lymphatique, entré à l'hôpital St.-Jean vers la fin de l'année 1836, nous rapporte que depuis un an il est tourmenté de douleurs vives et continues dans le bas-ventre, d'envies fréquentes d'uriner qui n'étaient que difficilement satisfaites et rarement sans douleur; que les urines sont chargées de glaires abondantes et que l'éjaculation séminale est fréquemment sanguinolente. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre, est arrêtée au delà du col vésical par un corps dur, arrondi, immobile, dont la percussion par l'extrémité du cathéter produit le choc, le bruit, la sensation caractéristiques. Nul doute de l'existence d'un calcul adhérent ou enchâtonné dans la poche vésicale.

M. A. Uytterhoeven, convaincu de la présence de ce corps et de sa nature pierreuse, certain d'ailleurs qu'il est la source des douleurs vives du malade, de la cystite chronique et du dépérissement consécutif, après avoir employé les moyens internes conseillés dans ce cas, vit dans l'extraction seule le moyen de mettre un terme aux souffrances du patient.

Celui-ci ayant donc été convenablement disposé, l'opération fut pratiquée suivant la méthode bi-latérale, le 9 janvier 1837.

Les incisions ayant été faites, le doigt indicateur introduit dans la vessie, recherche vainement le calcul sur les faces postérieures et latérales; mais porté à la partie antérieure, il rencontre un corps dur, fixe, situé derrière le pubis, immédiatement au-dessus du col vésical, sa surface est rugueuse, inégale, libre dans une petite étendue, recouverte en grande partie par des végétations fongueuses, mollasses, se déchirant à la moindre traction. Ce tissu est détaché au moyen du doigt et bientôt l'opérateur peut s'assurer que le calcul est devenu plus mobile qu'il ne l'aurait cru de prime abord.

Ayant mis à nu une surface assez large pour pouvoir le saisir convenablement, les tenettes droites sont introduites, et on tente vainement de saisir la pierre, les courbes sont trop épaisses pour traverser l'ouverture vésicale sur le doigt indicateur; essayer l'extraction sans qu'au préalable on se soit assuré, au moyen du doigt, qu'une portion des parois vésicales n'est pas comprise entre les mors de la tenette, expose à une déchirure de la vessie. L'opérateur introduit donc une pince courbe à polype, glisse lentement ses mors entre le calcul et ses enveloppes, saisit la pierre, s'assure que l'instrument ne pince pas la muqueuse et le dégage par des tractions lentes et modérées : le calcul tombe dans le bas-fond de la vessie, est saisi au moyen des tenettes droites et amené au dehors.

Dans la nuit: insomnie, douleur vive à la plaie périnéale s'exaspérant par le contact des urines, frisson d'une demi-heure.

Le 10, pas de douleur, sommeil prolongé, les urines coulent abondamment par la plaie, pas de fièvre.—*Presc.* : Cataplasme sur l'abdomen, soins de propreté.

Le 11, état satisfaisant, émission abondante d'urine par l'urèthre.—*Presc.* : Une tasse de bouillon de veau.

Le 12, plaie d'un bon aspect, pas de douleur.

Le 13, suppuration louable, les urines passent en petite quantité par l'ouverture périnéale. Dans la soirée réaction fébrile (attribuée à un écart de régime).

Le 14, état satisfaisant. Diète.

Le 15, une toux fréquente l'a privé de repos, les urines n'ont plus coulé par la verge, une selle liquide. Cercle inflammatoire autour de la plaie.

Le 16, somnolence, réponses lentes et avec indifférence, décubitus dorsal, il n'accuse aucune douleur mais un peu de faiblesse; ventre météorisé, selles liquides, expulsion de vents, toux fréquente, conjonctivite légère à gauche; urines rejetées une fois par l'urèthre, aspect de la plaie peu animé, excoriations au pourtour et aux fesses.—*Presc.*: Décubitus latéral, soins de propreté, un œuf à la coque, pain.

Le 17, plaie blafarde, sans suppuration, stupeur. Tisane d'orge

nitrée. Dans l'après-midi, alternatives de froid et de chaud. La nuit sub-delirium, sueur abondante, diarrhée.

Le 18, réaction fébrile, transpiration abondante, *habitus* typhoïde. Mêmes moyens.

Le 19, délire, agitation, pouls lent, petit, filiforme, peau froide et sèche, douleurs articulaires, surtout aux bras et aux mains, sensibilité générale exaltée. Les urines s'écoulent continuellement par la plaie qui reste blafarde. — *Presc.* : Bain général tiède, large cataplasme sur le ventre, crème au riz, lavement amylacé, le soir carphologie, pouls insensible, froid des extrémités. Il succombe dans la nuit.

Nécroscopie.

Habitude extérieure. — Amaigrissement général, peau blafarde, bords recouverts d'une escarre prête à se détacher.

Thorax. — Adhérences pleurétiques anciennes, tubercules pulmonaires crus au sommet des poumons.

Cœur. — Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, valvules saines, concrétions osseuses dans la crosse de l'aorte; cavités droites gorgées de sang.

Abdomen. — *Intestins grêles :* Arborisations rouges; foie dur, volumineux, s'étendant jusque dans l'hypochondre gauche, bile pâle peu abondante.

Vessie. — Parois épaissies, muqueuse noirâtre, récouverte d'un pus épais, concreté; la dépression dans laquelle était logé le calcul est rouge, amincie; l'incision pratiquée au moyen du lithotôme n'a pas franchi les bords latéraux de la prostate.

Rapport sur les observations qui précèdent (1).

Messieurs,

Nous croyons devoir nous borner à reproduire ici les conclusions de ce rapport la première partie étant exclusivement consacrée à l'analyse des observations présentées par M. Canzius à la Société des sciences mé-

(1) MM. Seutin, *rapporteur*, Langlet et Meisser, *commissaires.*

dicales et naturelles de Bruxelles. Nous sommes autorisés à en agir ainsi dans toute circonstance analogue.

Ces deux observations offrent des détails intéressants que nous ne pouvons reproduire ici. Nous nous bornons à dire que l'on n'a pas cru qu'il fut possible d'espérer quelque chose de la lithotritie dans le premier cas. Il est probable cependant que si un fait de cette espèce se représentait aujourd'hui, la perfection apportée depuis quelques années aux instruments lithotriteurs, permettrait de faire quelques tentatives pour extraire une partie, sinon la totalité du calcul, par le canal de l'urèthre. M. A. Uytterhoeven, a éprouvé récemment combien les instruments percuteurs sont utiles pour détruire les pierres vésicales. En 1825, j'ai aussi employé la lithotritie, conjointement avec MM. Everard et Maunoir, mais par la méthode du broiement concentrique, chez un vieillard âgé de 82 ans, demeurant à Buysingue, près de Hal; je fus obligé, après deux séances, d'abandonner la lithotritie pour recourir à la taille, et je retirai 26 pierres de la cavité vésicale. Ce cas était aussi un espèce d'écueil pour la lithotritie, et cependant je ne suis pas éloigné de penser qu'avec des instruments perfectionnés comme ils le sont aujourd'hui, on aurait pu parvenir à se rendre maître des calculs.

Du reste, la manière dont sont recueillies les deux observations qui précèdent, indique une grande aptitude à la constatation et à la coordination des faits; le style en est clair, précis et correct. Nous vous proposons en conséquence de voter des remercîments à M. Canzius, pour sa communication intéressante.

Bruxelles, ce 27 août 1859.

OBSERVATION D'HYSTÉROTOMIE

Recueillie par **M. HOEBEKE**, chirurgien, à Sotteghém (Flandre Orientale).

La nommée V. Dewenne, épouse de P. Vankerkove, âgée de 35 ans, d'un tempérament fort et pléthorique, habitant la commune d'Aygem, mère de quatre enfants dont le plus jeune a 3 ans; jouit toujours d'une santé parfaite jusqu'après la naissance de son second enfant. Vers cette époque, elle commença à éprouver des douleurs d'un caractère rhumatismal dans les épaules, les bras, les cuisses, etc. Ces douleurs continuèrent pendant le cours

de sa troisième et quatrième grossesse; néanmoins, les accouchements qui suivirent se firent avec autant de facilité que les précédents. Jusqu'à cette époque cette femme n'avait employé d'autre remède pour combattre ces douleurs, que de chauffer fortement les parties affectées et de les frictionner avec de l'esprit de genièvre.

Quelque temps après son quatrième accouchement, ce qui remonte à peu près à deux années et demie, des voisines lui conseillèrent de faire usage de l'huile de baleine (traën). Elle suivit ce conseil et continua, pendant près de deux ans, à prendre cette substance dégoûtante, sans en éprouver aucun allégement à ses douleurs; seulement son appétit augmenta graduellement, elle avait une faim continuelle.

Pendant l'usage de ce remède la malade éprouva d'abord un peu de difficulté dans la marche, cette difficulté augmenta de plus en plus jusqu'à rendre la progression impossible. Au mois de juin 1838, je fis voir cette femme à MM. les professeurs Verbeck et Lutens qui étaient venus dans la maison où elle habitait pour visiter sa sœur, épouse de F. Dewolf, à qui j'avais, l'année précédente, pratiqué avec succès la gastrotomie pour une rupture spontanée de la matrice (1). En examinant la marche de cette femme, ces messieurs furent aussi persuadés que moi de l'existence d'un rétrécissement au détroit inférieur du bassin, qui rendrait l'accouchement par les voies naturelles impossible.

Cette malheureuse ne tarda pas à éprouver les symptômes d'une nouvelle grossesse, qui parcourut toutes ses périodes sans indispositions. Aussitôt qu'elle fut assurée de son état, elle cessa l'usage de l'huile de baleine, comme cela se pratique en général : le mari évalue à 6 pots la quantité qu'elle a prise intérieurement; en outre, elle se frictionnait avec la même substance.

Arrivée au terme de sa grossesse, le 13 avril 1839, les douleurs de la parturition commencèrent à se faire sentir. Dans l'après-diné la sage-femme me fit demander, mais étant absent je ne pus m'y rendre qu'à 10 heures du soir.

Arrivé dans la hutte où cette malheureuse gissait sur un tas de

(1) *Bulletin médical belge*, n° de février 1838.

feuilles, mon premier soin fut de m'assurer des dimensions de la cavité pelvienne : le toucher me fit reconnaître que les branches du pubis et les tubérosités ischiatiques se touchaient ; en arrière il y avait un espace compris entre les tubérosités ischiatiques en avant, le coccyx en arrière et, latéralement, les ligaments sacro-ischiatiques que je trouvai avoir la forme d'un cœur de carte à jouer, ayant la pointe vers le pubis et dont je jugeai le plus grand diamètre être d'un pouce et demi.

L'impossibilité de délivrer cette femme par les voies naturelles étant évidente, la poche des eaux étant rompue depuis quelques instants, je préparai à la hâte un lit et tout ce qui était nécessaire pour pratiquer la gastro-hystérotomie. A 11 heures du soir, la femme était couchée sur un coffre garni d'alèzes dans une position convenable; je procédai immédiatement à l'opération en pratiquant une incision à la ligne blanche, l'incision de l'utérus étant faite, je rencontrai le placenta que je détachai; l'enfant présentait les fesses à la plaie de la matrice, je recherchai les pieds et parvins à l'extraire non sans quelques difficultés : la tête étant déjà engagée et serrée au détroit supérieur, l'enfant du sexe féminin fut retiré plein de vie.

Les parties ayant été nettoyées, la plaie fut fermée par six points de suture, des bandelettes agglutinatives, etc., on remit la femme au lit; repos absolu, diète sévère, eau sucrée pour boisson.

Cette opération fut pratiquée avec une facilité et une rapidité telle que j'en fus étonné, je n'étais cependant secondé que par le médecin et la sage-femme de la commune d'Herzeele. L'opération ne dura qu'un quart d'heure; la patiente avait le moral dans les meilleures dispositions, aucune crainte ne l'agitait, elle avait vu, deux ans avant, sa sœur supporter la même opération et en guérir; aussi pendant tout le temps que dura celle-ci, ne fit-elle que rire et plaisanter, et il fut impossible de lui imposer silence.

Le 14, à 5 heures de l'après-midi, nous trouvons l'opérée dans le meilleur état possible, nulle fièvre, nulle douleur, elle a parfaitement dormi pendant deux à trois heures, les urines ont été évacuées avec facilité, les lochies coulent.

Le 15, même état, même régime.

Le 16, à 4 heures de l'après-dîné, rougeur de la face, pouls accéléré, élancements dans l'abdomen, douleurs principalement à la région de la vessie, les lochies coulent peu. Ces symptômes ont commencé la veille au soir, il n'y a pas encore eu de selles, la malade n'a pas urinée depuis la nuit; soif vive, quoique la langue soit fraîche. La plaie dont on renouvelle le pansement présente l'aspect le plus favorable; continuation de la diète et des boissons, un lavement avec ol. ricin ℥ij, injections émollientes dans le vagin, fomentation de même nature sur l'abdomen; je recommande de commencer par le cathétérisme, et dans le cas où la douleur continuerait après que la vessie serait vidée, de faire usage de la mixture suivante :

℞	Ol. tart. per deliq.	ʒi
	Mucilag. gg. arab.	℥v
	Syr. diacod.	℥i

A prendre par cuillerée d'heure en heure.

La douleur ayant continué après le cathétérisme, elle prit cette mixture dans le courant de la nuit.

Le 17, amélioration marquante, pouls naturel, moiteur de la peau, langue fraîche, elle demande à manger. Continuation de la diète, des boissons rafraîchissantes, répétition de la mixture, on continue les injections, les lochies sont plus abondantes, les mamelles se gonflent.

Le 18, l'amélioration continue, la sécrétion du lait est bien établie, l'enfant tette, on peut ôter trois points de suture : sur les vives instances de la malade on lui accorde du lait coupé, une tasse de bouillon, on supprime les médicaments, toutes les fonctions se font bien.

Le 19 et 20, continuation, les derniers points de suture sont ôtés, la cicatrisation étant complète, on augmente graduellement la nourriture en qualité et en quantité.

Le 21, 22, 23, continuation.

Le 24, regardant la malade comme guérie et obligé de m'absenter pour quelques jours, je la confie aux soins de mon collègue le médecin d'Herzeele. Pendant mon voyage je racontai à plusieurs professeurs des Universités de Gand et de Bruxelles,

l'histoire de la maladie de cette femme, l'opération qu'elle avait subie et la guérison prompte qui l'avait suivie.

Quel ne fut donc pas mon étonnement lorsqu'à mon retour, cinq jours après mon départ, je la trouvai morte depuis la veille dans la soirée. Mon collègue me dit que la femme s'était très-bien trouvée jusqu'au matin du jour de sa mort; que ce jour il lui avait trouvé un peu de fièvre, qu'elle avait une petite toux dont les secousses lui occasionnaient un point douloureux dans le côté droit, le ventre un peu ballonné mais non douloureux. Regardant ces symptômes comme indiquant une bronchite légère, il recommanda des boissons adoucissantes, des cataplasmes émollients sur le point douloureux, et une mixture gommeuse avec adjonction du sirop de pavot blanc. Le soir, il retourna la voir et la trouva à l'agonie.

Ne sachant à quelle cause attribuer une mort si prompte, nous fîmes l'autopsie 40 heures après la mort. L'abdomen étant ouvert, nous y vîmes un désordre extraordinaire; tous les organes avaient une teinte uniforme d'un bleu marbré, ils étaient enduits d'une couche de pus épais, les enfoncements qu'ils laissaient entre eux en étaient remplis; des adhérences fortes et nombreuses réunissaient les divers organes et il fallait de grands efforts pour les séparer; l'utérus dont la plaie était largement béante était en suppuration et offrait l'aspect d'un large ulcère. Le péritoine épaissi était aussi en suppuration. L'odeur infecte et repoussante qui s'exhalait de ces parties nous empêcha d'examiner chaque organe en particulier pour en constater le degré d'altération; ce que nous avions remarqué suffit pour nous convaincre que la mort était le résultat d'une métro-péritonite.

Il existe, sans doute, peu d'exemples de métro-péritonite qui ait produit de tels ravages sans se dénoter par des signes extérieurs. Jusqu'au jour de sa mort, on ne remarqua chez cette femme d'autre symptôme qu'une fièvre légère, un point vers les fausses côtes droites et une petite toux, ce qui était bien insuffisant sans doute pour faire soupçonner une affection de cette gravité et de tels désordres.

J'ai donc eu le désappointement de perdre la seizième femme à qui j'ai pratiqué l'opération césarienne, désappointement d'au-

tant plus grand que je la croyais guérie, et que déjà j'avais annoncé le succès de cette opération. Ainsi donc, au lieu de douze succès que je croyais avoir obtenu il ne m'en reste plus que onze.

Cette opération, malgré sa fin malheureuse, a du moins prolongé de quelques jours la vie de cette femme et sauvé celle de l'enfant. Elle n'a donc pas été entièrement inutile.

Comme je joins le bassin à cette observation, (1) je ne crois pas qu'il soit nécessaire de le décrire, son examen suffira pour démontrer que l'accouchement par les voies naturelles était impossible, et que l'opération césarienne était seule applicable dans ce cas.

Rapport sur l'observation qui précède (2).

Nous sommes autorisé à retrancher la partie de ce rapport qui résume l'observation qu'on vient de lire.

La première réflexion qu'a fait naître chez nous, messieurs, l'observation du docteur Hoebeke, c'est l'aggravation de la maladie, antérieure au fatal événement coïncidant avec l'usage de l'huile de baleine, que la patiente a eu le courage d'ingérer jusqu'à la dose énorme de 6 pots; mais il nous reste toujours à décider si la maladie s'est aggravée *par le remède* ou *malgré le remède*, ce qui établit une immense différence dans l'appréciation du moyen thérapeutique. Cette huile de foie de raie ou de morue qui a presque fait une révolution en médecine pratique et dont les merveilleuses propriétés ont été vantées par une foule de médecins, surtout allemands, et naguère par notre compatriote, le docteur Gouzée d'Anvers (3), cette huile de foie de morue, dis-je, serait-elle condamnée à subir le sort de tant de systèmes médicaux et de moyens thérapeutiques que nous avons vu naître, grandir démesurément et mourir fort peu de temps après? Le temps nous l'apprendra, messieurs, et bientôt nous verrons, si une fois encore, nous avons été victimes de notre trop confiante crédulité et de notre désir ardent de soulager les maux de l'humanité. A cette

(1) Voyez la planche ci-jointe.

(2) MM. A. J. Daumerie, *rapporteur*; J. R. Marinus et G. Seutin, *commissaires*.

(3) Voir les Annales de notre Société : Mémoire sur les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de raie ou de morue, et le rapport qui y est joint.

occasion nous vous dirons qu'ayant entendu parler désavantageusement de l'huile de foie de morue, nous avons fait des recherches et nous avons trouvé dans le journal de médecine et de chirurgie pratiques (1) le passage suivant :

« M. Delavacherie a fait connaître à la Société de médecine de Gand, » plusieurs observations recueillies chez des adultes devenus contre- » faits depuis que, pour des douleurs rhumatismales, ils avaient fait » usage de cette huile de poisson. Le docteur Hoebeke a communiqué » également à la Société deux observations qui méritent d'être rap- » portées.... M. Janson cite deux faits semblables, mais les femmes, » auxquelles ils se rapportent, étaient toutes deux atteintes de rachi- » tisme. Plusieurs autres faits de même nature ont été recueillis par » le docteur Hoebeke et le portent à croire que le ramollissement des » os si fréquemment observé dans le pays qu'il habite, tient quelque- » fois à l'usage de l'huile de morue qui est extrêmement répandu » dans cette contrée, et préconisé surtout contre les douleurs rhu- » matismales.

» Les observations que l'on vient de lire sont donc de nature à fixer » fortement l'attention; car, d'après les conclusions de l'auteur, on » s'exposerait à déterminer des accidents infiniment plus graves que » ceux que l'on voudrait combattre; mais ces faits, quel que soit l'in- » térêt qui s'y rattache, ne sont pas assez nombreux, ni assez positifs » pour qu'on puisse, sur leur seule autorité, rejeter de la matière médi- » cale un médicament qui dans plusieurs circonstances paraît avoir pro- » duit de bons effets. Chez les deux femmes observées par M. Hoebeke, » en effet, cette huile avait été donnée, infructueusement, pour des » douleurs violentes survenues dans les lombes et attribuées au rhu- » matisme. Il est plus que probable qu'elles n'étaient que l'indice du » ramollissement des os qui s'opérait dans cette région et qui bientôt » a amené la déformation du bassin. C'est, du reste, ce qu'a fait ob- » server la commission nommée pour examiner le travail de M. Hoebeke, » en remarquant que dans la contrée où ces faits ont été recueillis » l'humidité, la misère, la nourriture insuffisante étaient autant de » causes de rachitisme et que l'administration de l'huile de poisson a » probablement coïncidé avec l'osteomalaxie sans avoir aucune in- » fluence sur son développement. Ajoutons que, pour certains peuples » du Nord, l'huile de poisson est un mets précieux, et qu'ils en con- » somment des quantités énormes, sans que leur système osseux pa- » raisse en souffrir; que, loin de là, cette nourriture les fortifie et leur » permet de résister au froid excessif. »

Les réflexions sages et lumineuses qui précèdent, jointes aux écrits

(1) Sixième cahier, juin 1839.

de médecins recommandables qui ont élevé la voix en faveur de l'huile de poisson, sont de nature, messieurs, à nous faire profondément réfléchir avant de nous réunir à l'opinion de MM. Delavacherie, Hoebeke, etc., et surtout à nous engager puissamment à multiplier nos observations. En rédigeant ce rapport, une idée nous est venue qui pourrait expliquer, dans certains cas, les bons effets de l'huile en question, et dans d'autres, les résultats désavantageux de cette substance : cette huile qui, au dire de quelques chimistes, paraîtrait contenir de l'iode, ne pourrait-elle amender l'état *d'ostéite* par l'action énergique qu'elle imprime aux vaisseaux absorbants ; et, au contraire, affecter morbidement *l'os sain* en y déterminant une absorption trop active qui tendrait à le rapprocher de son état primitif et rudimentaire?

Nous avons vu avec étonnement, messieurs, les cas nombreux d'opérations césariennes pratiquées par un jeune praticien en si peu d'années. Quelle qu'en soit la cause, il doit nécessairement en exister une très-puissante qui agit défavorablement sur le système osseux des habitants des environs de Sotteghem ; car il est impossible de supposer que cette sanglante opération ait jamais été pratiquée sans une inévitable nécessité. Dans le cas présent, la pièce anatomique que vous avez sous les yeux, démontre évidemment que le praticien a bien et dûment opéré.

La mort inattendue de la femme a étonné le docteur Hoebeke : *il existe, sans doute*, dit-il, *peu d'exemples de métro-péritonite qui ait produit de tels ravages sans se dénoter par des signes extérieurs*. Ces espèces de péritonites larvées, quoique rares, n'en existent pas moins, et pour ne citer qu'un auteur parmi un grand nombre d'autres, je prendrai Chomel qui s'exprime en ces termes (1) : *La péritonite ne se montre pas toujours avec des phénomènes bien tranchés. Il est une variété de cette affection à laquelle on a donné le nom de péritonite latente parce qu'elle se cache trop souvent.* Le même auteur dit encore (2) : *Le diagnostic de la métrite aiguë est souvent fort obscur.* Tous les praticiens se plaisent à reconnaître chez les nouvelles accouchées un état particulier désigné par eux sous le nom de *puerpéral.* Sans pouvoir expliquer clairement ce que l'on entend par là, il est constant que cet état consiste dans une disposition toute spéciale qu'ont les femmes, dans cette circonstance, d'être attaquées par les maladies les plus malignes, accompagnées de symptômes souvent obscurs et dont la terminaison fatale étonne le médecin observateur. Dans l'observation présente, messieurs, la sécurité de

(1) *Dictionnaire de médecine* en 21 vol. article *Péritonite.*
(2) Même ouvrage, art. *Métrite.*

notre confrère était-elle suffisamment justifiée, et n'existait-il aucun indice qui put faire soupçonner une phlegmasie abdominale? Déjà le quatrième jour de l'opération il se manifesta de la fièvre, des élancements dans l'abdomen, etc. Ces symptômes n'étaient-ils point de nature à tenir le praticien sur la réserve, surtout chez une campagnarde dont la sensibilité était assez obtuse pour lui permettre de rire et de plaisanter lorsque ses entrailles palpitaient sous le couteau de l'opérateur? et son collègue n'a-t-il pas à son tour diagnostiqué trop légèrement une bronchite légère quand il vit la femme la matinée du jour de sa mort? Quoiqu'il en soit, soyons indulgents pour les autres, parce que nous avons vu nous-mêmes la mort arriver inopinément dans des maladies aiguës et nous frapper de stupeur. Cette quantité considérable de pus trouvée dans la cavité abdominale, réunie surtout aux autres signes de désorganisation, suppose bien une phlegmasie préexistante, parce que, sans inflammation, il n'y a point de pus possible; mais la matière prétendument purulente était-elle uniquement du pus ou une matière lactoso-purulente que plusieurs médecins prétendent avoir, souvent, rencontrée dans les fièvres dites *puerpérales?* Forcés de passer sous silence les diverses hypothèses mises en avant pour expliquer la formation de ces collections presqu'instantanées, nous sommes tentés de croire à leur possibilité. Cette circonstance pourrait expliquer, jusqu'à un certain point, l'absence des symptômes morbides et l'enlèvement rapide des malades. L'opération, comme le dit le docteur Hoebeke, n'a point été inutile en ce sens qu'elle a sauvé la vie de l'enfant; mais quant à l'avantage d'avoir prolongé de peu de jours la vie de la malheureuse mère; il nous semble bien minime.

Pourquoi a-t-on prescrit, dans cette circonstance, l'huile de tartre par défaillance (sous-carbonate de potasse)? à quoi pouvait servir de solliciter l'action sécrétoire des reins? si la non émission de l'urine dépendait d'un état phlegmasique des organes uro-poëitiques, il nous semble que les antiphlogistiques pouvaient seuls convenir.

L'observation que le docteur Hoebeke vous a communiquée, messieurs, présente de l'intérêt sous deux rapports principaux; sous le premier, elle tend à engager les praticiens à continuer leurs recherches sur les effets de l'huile de foie de raie ou de morue; sous le second, à les rendre prudents et circonspects quand il s'agit de porter un diagnostic et surtout un pronostic sur les affections, en apparence légères, qui accompagnent l'état puerpéral. En conséquence, nous vous prions d'ordonner l'impression de son mémoire dans nos Annales et de lui adresser des remercîments pour cette intéressante communication.

Bruxelles, le 20 novembre 1859.

DE LA CONDUCTIBILITÉ DES FLUIDES ÉLASTIQUES POUR LE CALORIQUE, DE LEUR POUVOIR RÉCHAUFFANT ET DES APPLICATIONS UTILES DE CES PROPRIÉTÉS;

Par F. NOLLET,

Professeur de physique à l'Université de Bruxelles et à l'école militaire, attaché au musée des arts et des sciences, membre de plusieurs Sociétés savantes.

J'examinerai d'abord d'une manière générale et succincte l'état de la science sur la conductibilité des corps pour le calorique sous leurs trois différents états, solide, liquide et gazeux.

Plusieurs physiciens distingués parmi lesquels je citerai Newton, Ingenhouze, Meyer, Guyton-Morveau, Gay-Lussac, De Laroche et Bérard se sont occupés de la recherche des lois de la conductibilité des corps pour le calorique; M. Biot est le premier qui ait démontré que la loi de Newton sur la propagation de la chaleur dans les solides n'est pas exacte, et M. Despretz a prouvé ensuite par expérience que dans les solides homogènes, pour des distances en progressions arithmétiques les températures décroissent en progressions géométriques à partir du point où la source de calorique est appliquée jusqu'à l'extrémité opposée et assez éloignée pour conserver la température du milieu ambiant; que cette source soit appliquée à la partie supérieure latérale, ou inférieure des solides. Ces travaux laissent peu de chose à désirer.

Rumfort a fait beaucoup d'expériences tendant à prouver que le rayonnement moléculaire n'existe pas dans les liquides. Pictet et Nicholson et plus particulièrement Murrai ont mis en évidence la propagation descendante, c'est-à-dire le rayonnement du calorique des couches supérieures aux couches inférieures des liquides; ils ont reconnu que cette conductibilité est très-faible et qu'elle est plus grande dans le mercure que dans l'eau, les huiles fixes, et probablement que dans les autres corps liquides non métalliques.

Rumfort a démontré que si la propagation de la chaleur dans

les liquides chauffés par les parois latérales et inférieures des vases, se fait assez facilement, cela dépend des courants ascendants sur la circonférence et descendants au centre de la colonne liquide durant l'échauffement, et en sens contraire pendant le refroidissement, parce que les portions de liquide plus échauffées et moins denses tendent toujours à s'élever à la surface.

Tous les auteurs admettent que le rayonnement moléculaire est plus faible encore dans les gaz que dans les liquides, et que l'équilibre de température s'établit par des courants dans les uns comme dans les autres.

Refroidissement et réchauffement des corps. — Leslie a démontré par expérience que l'air et le gaz hydrogène pris à différents états de raréfaction, ont des pouvoirs refroidissants différents. M. Buchanan a prouvé ensuite que l'air condensé acquiert une plus grande puissance réfrigérante et que sous la même pression, cette puissance est différente pour les différents gaz; il a trouvé que l'hydrogène pur le moins dense de tous, est celui qui jouit du plus grand pouvoir refroidissant. En 1817, Dulong et Petit ont doté la science des belles lois expérimentales du refroidissement des liquides renfermés dans des vases, soit par l'action du rayonnement dans le vide, soit par le contact des gaz. Je ne rappellerai ici que la 3e loi qui a plus particulièrement trait à l'objet de mes recherches et d'après laquelle « le pouvoir » refroidissant d'un gaz est proportionnel à une certaine puis- » sance de sa pression, variable pour les différents gaz. » Enfin, MM. Fourrier et Poisson ont déduit de l'analyse la théorie du réchauffement et du refroidissement des solides.

Pouvoirs réchauffants des fluides élastiques. — Les lois du refroidissement et du réchauffement dus au contact des gaz (fluides élastiques non condensables sous les pressions et aux températures atmosphériques) ne sont pas applicables aux vapeurs. Personne que je sache, ne s'est attaché à déterminer la puissance calorifique des différentes vapeurs ou le pouvoir réchauffant de chacune d'elles sous différentes pressions, et dans leur rapport avec les gaz.

J'ai entrepris une série d'expériences sur ce sujet important,

mon travail est encore incomplet, je me bornerai pour le moment à vous rapporter fidèlement les résultats que j'ai obtenus jusqu'à ce jour.

Dans mon appareil le vase qui sert à renfermer les gaz et les vapeurs, au lieu d'être en cuivre comme celui que Dulong et Petit ont employé, est de verre parce que plusieurs de ces fluides attaquent les métaux; et pour bain je remplace l'eau bouillante par des dissolutions salines, une huile fixe, de l'alcool, des éthers, etc. Selon que je veux opérer à une température plus élevée ou plus basse que 100°, un même thermomètre à mercure muni d'une échelle centigrade subdivisée sert dans toutes les expériences pour indiquer la température des fluides élastiques et un autre thermomètre est constamment plongé dans le bain.

Il est à remarquer que dans l'emploi des bains formés de liquides impurs, des solutions alcalines ou salines non saturées, de divers mélanges d'eau et d'alcool, d'alcool et d'éther, etc., il est difficile d'obtenir une température constante parce que pour les liquides hydromajeurs le degré de leur ébullition croît pendant les expériences par suite de l'évaporation de l'eau qui concentre ces solutions. Dans les bains de mélanges hydromineurs, un effet semblable a lieu par la vaporisation du liquide le plus volatil; aussi, malgré les précautions que j'ai prises, il y a eu quelques légères variations de température dans les expériences faites à des degrés qui ne correspondent pas aux points d'ébullition des liquides connus.

Résultats des expériences.

1re Expérience. — De l'air pris dans le laboratoire sous la pression barométrique de 0,762, à la température de 20°, et contenant de la vapeur à la tension de 0,m.01283 correspondant au point de rosée de 15° de l'hygromètre de Daniel, fut échauffé dans l'appareil à 100° (bain d'eau bouillante). Le thermomètre marquant 20° y fut plongé rapidement, après 5 minutes il était à 70°, après 10' à 80°, en 15' à 89°, en 20' à 93°, en 25' à 94° 1/2, en 30' à 96°, en 35' à 96 1/2, en 40' à 97°, en 45' à

97° 1/3, en 50' à 97° 3/4, en 55' à 98°, en 60' à 98 1/4, en 70' à 98 1/2 et sa température n'a plus dépassé sensiblement ce point.

2me Exp. — Le thermomètre plongé dans la vapeur d'eau pure en ébullition sous la pression de 0m,761 s'éleva de 20° à 100° en 25".

3me Exp. — Dans de l'air saturé de vapeur par la présence d'un excès de liquide à la température de 46°, le thermomètre s'éleva dans la 1re minute de 16° — à 27° = 11°, dans la 2me minute de 27° à 33° 1/4 = 6 1/4 et après dix minutes seulement l'équilibre de température fut établi, le baromètre était à 0,m761.

4me Exp. — L'air étant dans les mêmes conditions sauf sa température qui était de 40°, le thermomètre s'éleva de 17° (température de l'atmosphère) à 25° 1/2 = 8° 1/2 dans la 1re minute, dans la suivante de 25° 1/2 à 29° = 3° 1/2 et toujours en diminuant de minute en minute jusqu'à la 13me minute à laquelle l'équilibre fut établi.

5me Exp. — Les conditions étaient les mêmes que dans les deux expériences précédentes; mais la température du bain et conséquemment de l'air humide n'étant que de 36°, le thermomètre s'éleva de 17° à 23° = 6° dans la 1re minute, dans la seconde minute de 23° à 26° = 3°, etc. Ce ne fut qu'après 15' que l'équilibre fut établi.

6me Exp. — Dans de l'air saturé de vapeur d'eau à 30°, le thermomètre indiquait 22° 1/2 de 18°, élévation 4° 1/2 après la 1re minute; il était à 24° 1/2 = 2° d'augmentation après la 2me minute. Équilibre de température en 12 minutes.

7me Exp. — Dans de l'air saturé de vapeur d'eau à 25°, le thermomètre plongé monta de 18° à 20° = 2° d'accroissement dans la 1re minute, et de 20° à 21° 1/4 dans la seconde = 1° 1/4 d'élévation, après 8' l'équilibre fut établi.

8me Exp. — La vapeur d'éther à 35° 1/2, point de son ébullition sous la pression barométrique de 0m,760, fit monter le thermomètre de 16° à 35° 1/2 en un peu moins de 1 minute, par conséquent de 19° 1/2.

9me Exp. — La vapeur d'éther fournie dans l'air à 30°, éleva le thermomètre de 16° à 25°, c'est-à-dire de 9° dans la 1re mi-

nute, dans la 2me de 25° à 28° = 3° et l'équilibre fut établi après 5 minutes.

10me Exp. — Le mélange de vapeur d'éther et d'air à 25° dans la 1re minute, produisit une élévation de la température du thermomètre de 16° à 21° = 5°, dans la suivante de 21° à 23° 1/2 = 2° 1/2 et l'équilibre après 4' 1/2.

Tous ces résultats sont les moyennes de deux expériences faites pour chaque cas particulier. Je me propose maintenant de répéter ces expériences un plus grand nombre de fois et d'en faire de nouvelles sur les différents gaz et vapeurs à l'état de pureté, à des températures et sous des pressions différentes. Je dresserai alors un tableau général des résultats que j'aurai obtenus et je le communiquerai à la société; mais en attendant je crois pouvoir déjà prendre les conclusions suivantes : Il résulte de la première et de la seconde expérience : 1° Que les pouvoirs réchauffants ou en d'autres termes les vitesses de transmission du calorique sont très-différents dans les gaz et les vapeurs puisque toutes choses égales d'ailleurs le thermomètre mit 141 fois plus de temps pour s'élever d'un même nombre de degrés dans l'air que dans la vapeur d'eau. Ce phénomène remarquable dépend de ce qu'un corps froid plongé dans un gaz chaud, ne peut partager que sa chaleur (son calorique sensible ou thermométrique) et son calorique de dilatation, lorsque la pression reste constante, tandis que dans le contact des vapeurs, elles partagent aussi avec le corps froid leur chaleur, mais en même temps elles cèdent tout le calorique latent (calorique de vaporisation) de la partie qui se condense et se dépose à l'état liquide sur le corps plongé, et l'on sait que cette quantité de calorique latent est généralement plus grande dans les vapeurs que le calorique de température; pour la vapeur d'eau, par exemple à 100° et sous la pression de 0,m76, elle renferme cinq fois et demi plus de calorique latent que de chaleur thermométrique. Ces quantités de calorique peuvent être évaluées en calories. M. Clément nomme calorie (unité de calorique) la quantité de calorique nécessaire pour élever d'un degré centigrade un kilogramme d'eau pure.

2° Des 2me et 8me expériences on déduit le rapport des pou-

voirs réchauffants des vapeurs d'eau et d'éther purs par un calcul fondé sur la loi du refroidissement (de Newton) ou plutôt sur les résultats obtenus par Dulong et Petit pour des excès de température de 20° à 100°, où ils ont trouvé que le rapport est de plus de 1 à 6 (2°,75 à 18°,92) au lieu de 1 à 5 (20 à 100) d'après la loi. Or, dans mon expérience avec la vapeur d'eau, l'excès était de 80° et le temps 25", avec la vapeur d'éther l'excès était de 19° 1/2 et le temps 55 à 60"; dans les 25 premières secondes l'élévation fut au moins de 10°; si cette vapeur sans changer de volume était portée à 100° comme la vapeur d'eau, le thermomètre à 20°, on aurait aussi un excès de 80°, et alors la vitesse de réchauffement, en suivant le rapport donné par Dulong et Petit deviendrait 1 à 5 et l'élévation de température serait $10° \times 5 = 50°$ en 25"; j'ai supposé ici la vapeur d'éther séparée du liquide au degré de son ébullition sous la pression atmosphérique et conservant la même densité; alors elle agit comme les gaz permanents (voir plus loin causes des différences des vitesses de transmission du calorique), elle ne se liquéfie pas, elle n'abandonne pas son calorique latent jusqu'à ce que sa température soit abaissée au-dessous de 35° 1/2; mais si la vapeur éthérée est formée à 100° sur un excès de liquide, sa puissance élastique s'élève à plus de 6 atmosphères, sa densité est quadruplée (voir mes mémoires de 1837 et 1838 sur les propriétés de la vapeur d'éther) et sa vitesse de réchauffement est augmentée dans le même rapport; car il est évident que si une molécule de vapeur réchauffe un thermomètre d'une certaine quantité, quatre molécules de vapeur de même nature, dans les mêmes conditions, devront produire 4 fois plus d'effet; on aura donc $50 \times 4 = 200°$ pour la quantité de calorique que cède la vapeur d'éther, et 80° pour la vapeur d'eau dans le même temps, toutes deux à 100° et sous leur pression et leur densité respectives.

3° Les 3me, 4me, 5me et 8me expériences prouvent que la vapeur d'éther transmet promptement ses deux quantités distinctes du calorique, puisque le thermomètre n'a mis que 1/15e du temps qui aurait été employé à le mettre en équilibre de température dans le mélange de vapeur d'eau et d'air à la même température

que la vapeur d'éther, et même que dans une minute un mélange de vapeur d'eau et d'air à 46°, n'a fait monter le thermomètre que de 11°, tandis que la vapeur d'éther à une température plus basse de 10° 1/2 a produit une élévation de 19° 1/2. On voit aussi par les 6me, 7me, 9me et 10me expériences que les mélanges de vapeur d'eau et d'air ont beaucoup moins de pouvoir réchauffant que les mélanges de vapeur d'éther et d'air à des températures correspondantes. Ces résultats me portent à croire qu'il existe un rapport entre la densité des vapeurs et leur pouvoir échauffant, et l'on conçoit facilement qu'une vapeur plus dense en mettant en contact une plus grande masse de matière avec le corps qui est plongé, puisse le réchauffer plus promptement qu'une vapeur moins dense. Toutefois, j'ai déjà dit que ce rapport n'existe pas pour les gaz permanents de différente nature; mais je pense que pour chaque gaz pris isolément comme pour chaque vapeur, il y a un rapport simple entre la pression qu'ils supportent et par conséquent entre leur densité, leur température et leur pouvoir réchauffant (vitesse de transmission du calorique).

4° De toutes les expériences faites avec les mélanges de vapeur et de gaz il paraît résulter que le pouvoir réchauffant des mélanges de fluides élastiques sans action chimique réciproque, serait une moyenne des pouvoirs réchauffants des fluides mélangés en prenant les poids pour rapport.

Applications utiles. Comparaison du chauffage à la vapeur et à l'air chaud. — Ces expériences prouvent que le chauffage à la vapeur est plus parfait que celui à l'air chaud, qu'en n'employant que la vapeur d'eau à 100° on peut sans danger d'explosion ni d'incendie, chauffer avec un seul foyer d'une manière très-régulière les habitations, les établissements publics et les usines, en proportionnant la capacité de la chaudière à l'étendue des tuyaux d'échauffement, et ceux-ci au volume d'air à échauffer, puisque ces tubes atteindront promptement la température de la vapeur dans toute leur longueur sans pouvoir la dépasser, tandis que par l'air chaud il y a toujours beaucoup d'irrégularité, les parties les plus rapprochées du foyer sont toujours à une température beaucoup plus élevée que les points plus éloignés.

Dans les machines à vapeur et les appareils distillatoires on

peut utiliser tout le calorique sensible et latent des vapeurs expulsées pour échauffer les nouvelles quantités de liquide qui doivent se vaporiser successivement. C'est l'application importante de ce principe qui fait l'objet de mon dernier brevet et qui apporte une nouvelle économie de combustible.

Mes expériences prouvent encore que la vapeur d'éther soumise aux mêmes conditions de température et de pression, cède son colorique avec beaucoup plus de promptitude que la vapeur d'eau; j'en conclus nécessairement que sous ce nouveau point de vue, mon système de machine à vapeur d'éther présente encore des avantages sur les machines à vapeur d'eau.

Depuis quelques années on a proposé plusieurs moyens pour faire arriver de la vapeur d'eau dans les foyers des fourneaux afin d'aviver la combustion, et l'on pense généralement que ce n'est qu'à la petite portion de vapeur qui y est décomposée, qu'est dû le chauffage plus efficace dans ce cas que lorsque l'alimentation n'a lieu que par l'air atmosphérique seul; mais ce n'est là qu'une des trois causes qui concourent à produire l'effet utile. La seconde qui est essentielle vient de ce que la vapeur non décomposée en traversant le foyer s'échauffe fortement; de là elle va frapper les parois de la chaudière et leur transmet promptement son calorique jusqu'au point où sa température s'est abaissée au même degré que celui des parois. Cet effet ne peut avoir lieu par le contact du mélange des gaz, produit d'une combustion alimentée par l'air seul, et il devient une confirmation de la théorie que j'ai développée plus haut; la troisième cause dépend de ce que la vapeur d'eau ayant une densité beaucoup plus faible que les produits gazeux de la combustion ordinaire, et se trouvant mélangée à ces produits diminue la densité de la masse aériforme, rend le tirage meilleur et la combustion plus complète.

Tels sont les premiers résultats des nouvelles recherches que j'ai entreprises et que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Ixelles, le 1er juillet, 1839.

—

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Nous nous bornons à reproduire ici les conclusions de ce rapport, la première partie étant uniquement consacrée à l'analyse du mémoire de M. Nollet. La Société nous a accordé cette autorisation, dans le but d'éviter des redites inutiles.

Comme vous pouvez en juger, messieurs, par cet exposé rapide du mémoire de notre collègue, il vous est facile de voir qu'il vient faire suite à ceux qu'il vous a présentés antérieurement et qui ont pour titres : l'un, de l'*emploi des gaz liquéfiés, des gaz dissous et particulièrement de la vapeur d'éther comme force motrice;* l'autre, *de la capacité calorifique des fluides élastiques, et des avantages qui résultent de l'emploi comme force motrice des vapeurs renfermant peu de calorique spécifique.* Ce mémoire étant rempli d'idées neuves, nous proposons son insertion dans nos Annales.

En terminant notre rapport, messieurs, nous croyons opportun de vous rappeler la question importante proposée par le gouvernement, dans le but d'engager les savants et les industriels à rechercher des moyens d'économie dans l'emploi du combustible dans les machines à vapeur. Le prix proposé était une somme de 30,000 francs. Le premier travail que nous vous avons cité plus haut, et qui a valu à son auteur les suffrages unanimes de la Société, répondant parfaitement à la question proposée par le gouvernement, M. Nollet s'est empressé de faire exécuter une machine d'après le système développé dans son mémoire.

Les faits prévus ayant été réalisés, notre honorable collègue n'hésita pas à se mettre au nombre des concurrents, et il fut assez heureux pour l'emporter sur tous. Ils étaient au nombre de 29, parmi lesquels on comptait des Américains, des Italiens, des Anglais, etc.

Cette distinction qui vint justifier les prévisions de tous ceux qui avaient vu fonctionner l'appareil de M. Nollet, et qui avaient pu apprécier ses longues et persévérantes recherches qui remontaient à plusieurs années, et les dépenses considérables qu'elles avaient nécessitées; cette distinction, disons nous, à laquelle le désintéressement bien connu de M. le professeur Nollet fut très-sensible, eût été plus complète, si le rapport qui devait en faire connaître les motifs, avait été livré à l'impression.

Dans une question aussi importante, qui intéresse à la fois et les sciences et l'industrie, comme l'a prouvé le rapporteur du mémoire précédent de M. Nollet, et dont la solution exige des dépenses qui doivent marcher de front avec un plus ou moins grand nombre de

(1) F. J. Leroy, *rapporteur;* A. Vantilborg et Meisser, *commissaires.*

recherches souvent infructueuses, lorsqu'on est parvenu à l'emporter sur 29 concurrents, appartenant aux pays où les sciences positives sont les plus avancées, il nous paraît qu'on a, au moins, droit à une compensation pécuniaire en rapport avec les dépenses qu'on a généreusement acceptées, vu qu'il ne s'agit pas ici de ces encouragements si funestes au grogrès du vrai savoir, lorsqu'ils sont appliqués, comme on l'a vu autrefois, à des mémoires qui ne sont en définitif qu'autant de compilations plus ou moins heureuses.

Ce 31 octobre 1839.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

—

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX

DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, PENDANT L'ANNÉE 1839 ;

Par J. KOYEN, secrétaire-adjoint.

Présenté à la Séance solennelle le 17 décembre 1839.

Messieurs,

La Société de médecine d'Anvers compte aujourd'hui cinq années d'existence. Érigée par quelques jeunes médecins dans l'unique but de s'instruire mutuellement, ses travaux sont devenus d'année en année et plus nombreux et plus importants; c'est qu'un zèle constant et un amour désintéressé pour la science animent tous ses membres; c'est qu'une louable émulation les porte à contribuer par des efforts continus à faire marcher notre Société à l'égal des plus distinguées du pays; c'est qu'ils possèdent tous la noble ambition, non-seulement de suivre les progrès que font continuellement les sciences médicales, mais même de reculer les bornes de ces sciences.

Appelé à rendre compte de vos travaux scientifiques pendant cette année, vous sentez, messieurs, que ma tâche devient aussi grande que difficile. Je reculerais devant cette difficulté, si je ne comptais que sur mes faibles moyens; mais j'ose me flatter que vous m'accorderez votre indulgence, si je vous retrace sommairement, mais avec fidélité, tous les sujets de vos intéressantes discussions.

Comme M. Broeckx l'a fait les années précédentes, je suivrai, messieurs, dans l'exposition de vos travaux, l'ordre scientifique. De cette manière je pourrai plus facilement faire ressortir l'importance des sujets traités et des opinions qui ont été émises.

Médecine théorique. — L'irritation et tous les phénomènes morbides qui résultent de la sensibilité développée au delà du

rhythme normal, vous ont été exposés par M. Meynne. Cet honorable membre vous a fait voir toute l'influence que la doctrine médicale, basée sur l'observation de ce phénomène, a eue sur la médecine pratique ; et vous a développé avec beaucoup de discernement les réformes salutaires que cette théorie a fait subir aux systèmes qui dominaient les esprits en médecine, immédiatement avant l'apparition du beau traité des Phlegmasies chroniques. — Lorsqu'une maladie attaque successivement tous les systèmes de l'organisation, lorsque par une marche lente mais progressive cette maladie désorganise un à un tous les tissus de l'économie vivante; si alors l'empirisme n'offre à l'homme de l'art un moyen spécifique, qui arrête sûrement le mal dans son cours, il ne reste plus au médecin d'autre ressource que de découvrir les causes de ces désorganisations, afin de les écarter. Les scrofules doivent sans doute être rangées dans la classe de ces tristes affections. Votre secrétaire-adjoint, après avoir énuméré les différentes théories et les hypothèses plus ou moins ingénieuses, qui ont été émises pour expliquer l'origine de cette maladie, s'est attaché à vous exposer d'après le docteur Crammer une nouvelle idée sur la pathogénèse de la maladie scrofuleuse. Cette théorie range les scrofules parmi les dyscrasies, ou maladies qui ont pour origine une formation incomplète ou une élaboration vicieuse de nos humeurs. Cette dyscrasie ne reconnaît pas ici pour cause un virus comme dans la syphilis, mais elle doit être attribuée à une influence morbide du système nerveux ganglionnaire, qui règle la nutrition et l'organisme fluide. Cette influence morbide explique comment des familles entières, malgré la nourriture la plus saine, sont scrofuleuses. Si l'on remarque que toutes les causes qui sont notées chez les différents auteurs comme pouvant déterminer les scrofules, agissent plus ou moins directement sur la nutrition et par conséquent sur le système nerveux ganglionnaire, cette théorie, quoique hypothétique, est loin de répugner à la saine raison. D'après ces idées sur la pathogénèse de la maladie scrofuleuse les indications thérapeutiques seront de trouver des moyens qui puissent ramener le système nerveux du grand sympathique d'un état morbide, relativement à sa qualité, à un état normal, et qui

en favorisant le mouvement de composition et de décomposition stimulent assez les organes abstersifs pour éliminer la partie morbide des humeurs.

Médecine pratique. — Les membres qui se sont occupés pendant cette année des questions de médecine pratique, ont prouvé qu'ils n'étaient sous l'influence d'aucun système, qu'ils savaient apprécier ce que dans chaque système l'observation était venu sanctionner, et que le raisonnement basé sur l'expérience était le meilleur guide pour la pratique.

M. Jaques vous a indiqué les causes, les symptômes et le diagnostic de l'uréthrite. Il vous a fait le parallèle des différents modes de traitement, et vous a prouvé qu'il y a un moment d'opportunité pour arrêter l'écoulement, que, si l'on néglige ce moment, il est souvent très-difficile de le faire cesser. Selon M. Jaques la potion de Chopart convient très-bien à cet effet. Il a aussi beaucoup loué les injections avec une solution de nitrate d'argent, ou de proto-iodure de fer dans les écoulements chroniques. Il a exposé enfin le diagnostic de l'uréthrite syphilitique, et le traitement qu'il convient d'employer dans ce cas.

Le croup n'est pas, selon M. Jaques, une inflammation spécifique, parce que les causes productrices de cette maladie n'ont aucune spécificité; que toute inflammation du larynx peut dégénérer en croup et qu'il débute avec les caractères ordinaires de la laryngite. La cause de l'exsudation membraneuse est toute locale, la muqueuse enflammée du larynx est l'organe de cette exsudation, et le travail qui s'y opère est en tout semblable à celui qu'on observe à la surface de certains vésicatoires. M. Jaques cite ici plusieurs preuves à l'appui de son opinion. Les signes de la laryngite avec le son croupal ne prouvent pas, selon ce membre, que la fausse membrane existe déjà, ils dénotent seulement la disposition à l'exsudation membraneuse. Le véritable signe, celui qui est caractéristique du croup, est un bruit de soupape, produit par la fausse membrane qui frappe contre la glotte. Lorsque ce signe existe, on peut regarder la maladie comme incurable. Quant au traitement, M. Jaques pense que les remèdes proposés comme spécifiques, n'ont qu'une influence secondaire; que les antiphlogistiques conviennent le mieux au début de la

maladie, surtout les sangsues appliquées en permanence mais en rapport avec la constitution et les forces du malade; que le vésicatoire, dont on irrite fortement la surface, est encore d'une grande efficacité. Il passe ensuite en revue les avantages et les inconvénients de la trachéotomie et dit y avoir eu recours deux fois sans le moindre succès.

Parmi les maladies exanthématiques contagieuses, M. Haine a choisi pour sujet d'une conférence, la rougeole : il a donné l'histoire des différentes variétés de cette maladie, et a prouvé que ces distinctions classiques importent peu au traitement; qu'il est plus utile pour la pratique de la diviser en rougeole bénigne et maligne, selon qu'elle est accompagnée de l'inflammation de l'un ou l'autre organe important, ou qu'elle parcourt régulièrement et sans complications ses différents stades. Il a cité aussi les expériences de Home vérifiées par Speranza, qui tendent à prouver qu'en inoculant la rougeole sur des individus sains, cette maladie ne présente pas les symptômes alarmants qui la rendent souvent dangereuse, lorsqu'on la contracte naturellement.

M. Vancamp, après avoir décrit les différentes espèces d'érysipèle, les causes qui le produisent, ses symptômes et ses terminaisons, a développé les divers traitements appliqués à cette maladie. Il a fixé particulièrement votre attention sur le traitement du baron Larrey, lorsque l'érysipèle dépend d'une cause traumatique. Il a cité plusieurs observations curieuses de la disposition particulière qu'ont quelques personnes à être atteintes d'érysipèle, lorsqu'elles se trouvent, pendant quelque temps, dans une atmosphère chargée de térébenthine.

M. Vancamp vous a fait aussi une histoire complète du tétanos. Il a longuement discuté la nature de cette affection, et, en vous énumérant le grand nombre de remèdes employés jusqu'à ce jour contre le tétanos, il a dû avouer la malheureuse impuissance de l'art contre cette névrose si terriblement mortelle.

Une affection très-commune, et qui, parce qu'elle est une des causes fondamentales les plus fréquentes d'un grand nombre de maladies chroniques, présente un haut intérêt pour le praticien; l'affection hémorrhoïdale a été traitée avec beaucoup de soins par

M. Schaeffer. Il vous a décrit exactement toutes les formes de cette maladie, les différentes parties où elle peut siéger et l'influence qu'elle exerce sur l'économie. Il a essayé de prouver que sa guérison n'est possible que lorsqu'elle n'est pas héréditaire, que la guérison en est dangereuse quand l'évacuation hémorrhoïdale est habituelle, critique et supplémentaire. Il a ensuite posé les règles de conduite, que le médecin doit suivre dans le traitement des hémorrhoïdes.

M. Broeckx, par sa position particulière de médecin de l'hospice des enfants trouvés, a été à même d'observer mainte fois l'atrophie mésentérique connue sous la dénomination plus vulgaire de carreau. Il vous a déroulé tout le tableau de cette maladie, et s'est arrêté principalement au traitement, dont la bonne nourriture en rapport avec les forces digestives, les soins de propreté et les moyens qui restaurent sans irriter les organes de la digestion feront les bases principales. — Il vous a encore entretenu d'une autre maladie, qu'on remarque quelquefois chez les enfants d'une constitution détériorée ou qui sont mal nourris, je veux dire la gangrène de la bouche, décrite chez les anciens pathologistes sous le nom impropre de cancer aquatique. Les seuls moyens pour prévenir la terminaison funeste de cette maladie sont, selon M. Broeckx, les décoctions de quinquina administrées à l'intérieur, les fomentations aromatiques et l'acide muriatique appliqués sur la partie qui menace de tomber en gangrène.

M. Leva, en vous parlant des maladies et des obstacles de la menstruation, a signalé principalement les vices de conformation des parties génitales de la femme qui peuvent rendre cette importante fonction ou difficile ou impossible. Parmi ces obstacles il a fixé votre attention sur une cause de menstruation difficile et de stérilité, qui reste souvent cachée et qui réside dans une prolongation anormale, et une occlusion partielle du museau de tanche. Il a agité enfin la question de savoir, si on ne pourrait, sans danger, faire dans ces cas la résection de la partie exubérante et nuisible du museau?

Je dois vous signaler ici, messieurs, que quelques observations de médecine pratique vous ont été présentées pendant cette année par MM. Henrotay, Haine, Crommelinck et votre secrétaire-

adjoint. Ces observations seront imprimées dans les Annales de la Société.

Chirurgie. — Parmi les membres qui se sont occupés des maladies chirurgicales, je citerai M. Haine, qui vous a décrit les différentes espèces de panaris d'après le siége anatomique de l'inflammation, et vous a convaincus que cette division toute anatomique est très-importante pour le pronostic et le traitement. Les principales indications dans le traitement du panaris, que M. Haine a posées, sont, de faire avorter promptement l'inflammation, (il a cité ici l'efficacité des onctions avec l'onguent mercuriel double), ou de faire cesser aussitôt que possible l'étranglement, qui est la suite immédiate du gonflement inflammatoire.

En établissant que l'hémorrhagie est un des accidents les plus graves qui peuvent compliquer les opérations chirurgicales, M. Vancamp a tâché de vous exposer les moyens que possède l'art pour arrêter les différentes espèces d'hémorrhagies; il a apprécié la valeur réciproque de ces différents moyens, et a discuté avec beaucoup de discernement les avantages et les inconvénients de la ligature, de la torsion et de la perplication des artères.

L'examen, la description et le traitement des six degrés de la brûlure, selon Dupuytren, ont fait le sujet d'une conférence de votre secrétaire-adjoint. Il a fait ressortir tous les avantages que présente cette division du grand chirurgien français pour saisir les indications thérapeutiques. Il vous a aussi démontré que trois ordres ou séries de symptômes peuvent, à trois différentes époques des lésions produites par le calorique, compromettre la vie. Il n'est malheureusement que trop bien prouvé que la médecine reste toujours inefficace contre ces désorganisations. Le secrétaire-adjoint vous a démontré l'inefficacité des moyens médicinaux contre le cancer, il a examiné ensuite un à un les moyens chirurgicaux, qui à diverses phases de la science ont eu plus ou moins de vogue, il a discuté les avantages et les inconvénients des caustiques, des ligatures, des excisions, il vous a parlé du peu de résultat que récemment un chirurgien français, M. Jobert de Lamballe, a retiré des expériences qu'il a faites en liant les artères et les veines qui se rendent aux tumeurs cancéreuses, et en

excisant une partie des cordons nerveux qui vivifient ces mêmes tumeurs.

M. Vancamp vous a présenté cette année deux observations d'imperforation du vagin, qui, à cause de l'intérêt qu'elles offrent et du beau résultat chirurgical obtenu, ont été jugées dignes d'être publiées. La Société a aussi fait imprimer dans ses Annales une observation présentée par le docteur Demeersseman, de Beveren, qui est aussi remarquable par sa rareté que par le succès obtenu; il s'agit de l'extraction d'un calcul biliaire du volume d'un œuf de pigeon, et qui a été suivie de la guérison du malade. Une observation tout aussi rare, peut-être unique dans l'histoire de la chirurgie, la relation d'une luxation de l'avant-bras en avant sans fracture ni déchirure de tendons ou de muscles, vous a été communiquée par M. Leva. M. Jaques vous a présenté l'histoire d'un calcul urinaire de la grosseur d'un pois aplati, extrait du canal de l'urèthre chez un petit garçon de deux ans, et il a indiqué les précautions que doit prendre le chirurgien dans les rétentions d'urine avant d'introduire la sonde dans la vessie, pour ne pas refouler dans cet organe des calculs ou autres corps étrangers, qui ne seraient engagés que dans le canal uréthral. Après avoir démontré la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de guérir les caries scrofuleuses dans les articulations, et avoir constaté la funeste influence de la suppuration qui accompagne ces lésions sur l'économie, M. Hoebeke, dans deux mémoires que la Société a fait imprimer, a prouvé par plusieurs observations, que l'amputation, lorsque le chirurgien a épuisé tous les moyens thérapeutiques, est dans ces cas la seule ressource capable d'empêcher que cette longue suppuration n'épuise les forces et n'entraîne la fièvre hectique et la mort du malade. — Depuis les modifications heureuses que M. Scutin a apportées à l'appareil inamovible, le bandage amidonné reçoit chaque jour des applications nouvelles. M. Pierard, docteur en chirurgie à Charleroy, vient d'en faire une application utile à l'opération du bec de lièvre; par ce moyen il est parvenu à guérir cette hideuse difformité chez un enfant, fort peu de temps après sa naissance. Son travail qui, sous d'autres points de vue pratiques, vient confirmer de plus en plus les grandes ressources qu'offre

la belle découverte du grand chirurgien belge, figurera avec honneur dans les Annales de la Société.—M. Wolfcarius vous a envoyé un nouvel appareil pour les fractures compliquées des membres inférieurs, lorsque les lésions trop considérables des parties ne permettent d'appliquer un bandage compressif. Le mémoire, la description et le dessin de l'appareil de M. Wolfcarius, ont été imprimés par votre décision.

Accouchements. — Deux questions très-importantes de l'art obstétrical, ont été traitées pendant cette année; l'une par M. Leva qui a prétendu que toutes les fois que l'enfant se présente par la face au détroit supérieur, et qu'il est possible à l'accoucheur de ramener le menton sous les pubis, l'accouchement devient tout aussi naturel que si l'enfant présentait l'occiput ou le vertex. En vous entretenant de l'expulsion du placenta, M. Jaques s'est imposé la tâche de vous exposer toutes les causes qui peuvent entraver ou empêcher la délivrance; de décrire les différentes théories qui ont été imaginées pour expliquer l'enchâtonnement, et les procédés par lesquels on parvient à décoler le placenta adhérent. Il a donné aussi toutes les indications qui se présentent selon les différentes espèces d'enchâtonnement, et a signalé les précautions qu'exige l'emploi du seigle ergoté dans ces circonstances.

Thérapeutique. — Quelques questions de thérapeutique ont formé les sujets de vos études. M. Henrotay a examiné la médication vomitive : il a recherché la manière d'agir des émétiques sur la muqueuse gastrique et les glandes, qui environnent l'estomac; sur la moelle allongée, la moelle épinière et les nerfs ganglionnaires. Il a aussi étudié leur action dérivative, sédative, spoliative; les idées de Stoll sur leur emploi dans l'état saburral gastrique; les indications et les contre-indications de l'emploi des émétiques; les précautions à prendre lorsqu'on a recours à ces agents médicamenteux; M. Jaques s'est occupé de considérations générales sur les médications, et a traité en détail des agents dont se compose la médication débilitante. Il a fait voir que cette médication mérite d'être le mieux étudiée, parce que l'immense majorité des maladies résulte de l'hypersthénie, et qu'en conséquence elle est celle à laquelle le praticien doit re-

courir le plus souvent. La médication stimulante a été étudiée par M. Haine ; il a développé l'influence qu'exercent les agents stimulants sur l'économie, et comment leurs effets se modifient d'après l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, le climat, le genre de vie, etc. De ce que l'organisme supportera un degré d'autant plus grand de stimulus, que la faiblesse aura été plus prononcée, parce qu'une grande partie du stimulant devra être dépensée pour détruire cet état de faiblesse préexistante, avant que l'action incitante ne devienne appréciable ; il en résulte, dit M. Haine, que l'économie supportera quelquefois des doses énormes d'un médicament stimulant, ce qui constitue la tolérance merveilleuse sur laquelle Rasori a basé son système.

Le traitement de l'empoisonnement est très-difficile et très-important : M. Mathyssens vous a indiqué toutes les applications de la thérapeutique à l'empoisonnement. Les considérations que le médecin doit prendre relativement aux motifs de l'empoisonnement, les voies par où il s'est effectué, la différence des substances qui l'ont produit, et tout ce qui peut déterminer l'espèce du poison, a été examiné avec soin. Il a tracé la conduite du médecin selon que l'empoisonnement est criminel, volontaire ou accidentel.—L'emploi thérapeutique des mercuriaux a été dans ces derniers temps l'objet de quelques recherches et discussions d'un haut intérêt : toutes les opinions émises sur l'action des préparations mercurielles sur l'homme malade vous ont été communiquées par M. Matthyssens ; il a cité toutes les expériences faites avec ce médicament énergique dans le but de prouver que le mercure introduit dans le torrent circulatoire, diminue la plasticité du sang, et les déductions qu'on en a faites pour le traitement des phlegmasies. Ces expériences ne paraissent pas assez concluantes à M. Matthyssens, et il serait tenté de croire que les mercuriaux agissent dans les inflammations à la manière des contro-stimulants. Après avoir passé en revue les maladies dans lesquelles le mercure a été préconisé, il a étudié les accidents de la salivation mercurielle, et les résultats inespérés qu'on voit quelquefois en résulter pour la guérison de quelques maladies graves.

M. Vanmeerbeeck a entretenu la Société du mode d'action et

de la valeur thérapeutique de la compression. Il est difficile de définir la compression, à cause des différents modes d'action et des applications thérapeutiques diverses, auxquelles on a donné ce nom. M. Vanmeerbeeck en déduit qu'il est indispensable d'admettre plusieurs espèces de compression : il établit d'abord deux grandes classes, la *compression latérale* et la *compression circulaire.* S'attachant ensuite exclusivement à cette dernière, il la divise en *concentrique* et *excentrique.* Il étudie le mode d'action de chacune de ces deux espèces, suivant qu'elles sont appliquées sur une surface linéaire, ou une grande étendue de tissus : Il indique les phénomènes différents qu'on observe, suivant la durée de ces compressions et le degré de constriction qu'elles exercent; enfin il fait voir les symptômes divers qu'offrent les organes sur lesquels ces compressions agissent. Passant ensuite aux applications thérapeutiques, il étudie les effets de la compression concentrique linéaire, dans les fièvres intermittentes, les névralgies, les crampes, l'épilepsie, les hémorrhagies spontanées, les plaies vénéneuses, dans le traitement des polypes, des nævi materni, par la ligature, enfin dans la ligature des artères. Il a examiné de la même manière la valeur thérapeutique de la compression concentrique sur une large surface, pour prévenir et combattre les inflammations érysipélateuses, phlegmoneuses et œdémateuses des membres, l'inflammation des articulations, et celle qui complique quelquefois le prolapsus du rectum, ou de l'intestin à travers un anus anormal. Il passe ensuite à l'étude de son action dans le traitement des infiltrations, des contusions, des hydarthroses, de l'orchite, des épanchements de liquides ou de gaz dans le péritoine, etc., dans le traitement des varices, des ulcères, des plaies à la suite des brûlures, des tumeurs blanches, etc., etc. Il termine en parlant de l'emploi de la compression circulaire excentrique dans les rétrécissements de l'urèthre, de l'anus et autres conduits excréteurs.

M. Schoenfeld vous a présenté quelques observations qui constatent les effets remarquables de l'acide phosphorique dans l'anaphrodisie; l'intérêt qu'offrent ces observations vous a décidés à les publier.

Physiologie. — Un seul membre s'est occupé, pendant l'année

écoulée, de physiologie. M. Matthyssens vous a expliqué comment la mort arrive naturellement ou par accident. Dans la mort naturelle, selon M. Matthyssens, les forces vitales et les organes, les sens, l'imagination, la mémoire, les sécrétions, les absorptions, la digestion, la circulation capillaire et générale, tout s'affaiblit lentement et finit par s'éteindre. Lorsque la mort, au contraire, arrive par accident, surtout dans la mort subite, elle a constamment sa source dans un des organes importants qui régissent l'économie. D'après Bichat cette source est triple, le cœur, les poumons et le cerveau. M. Matthyssens croit qu'il faut y joindre la portion cervicale de la moelle épinière, le système nerveux ganglionnaire, et peut-être même le sang. Il s'est attaché ensuite à décrire les séries des désordres fonctionnels, qui précèdent et déterminent la mort; mais qui varient selon que l'un ou l'autre des organes cités ci-dessus a été primitivement atteint.

Teratologie. — M. le docteur Hoefnaegels de Oorderen, vous a présenté cette année un enfant monstrueux nouveau-né, du sexe féminin, avec la description très-exacte de toutes les anomalies qu'il offrait. L'intérêt qu'offre cette observation, en raison des difformités extraordinaires de ce fœtus, vous a engagés à la publier, ainsi que le dessin de la pièce anatomique, et le rapport.

Histoire de la médecine. — Si les études historiques offrent des avantages très-grands à celui qui veut travailler avec fruit au progrès des arts et des sciences en général; ces études sont sans aucun doute indispensables au médecin, puisque l'art de guérir, ou la véritable médecine pratique, n'a d'autre base que l'observation, et par conséquent l'histoire. M. Broeckx, qui, par un travail sur l'histoire de la médecine belge avant le 19me siècle, ouvrage couronné par la Société de médecine de Gand, a déjà prouvé au monde savant, qu'il cultive avec honneur et succès cette science, vous a lu dans une de vos réunions un discours sur l'utilité de l'histoire de la médecine, dans lequel il indique de quelle manière il faut la comprendre pour l'étudier avec fruit. Ce discours aussi remarquable par le style que par le raisonnement, formera une des plus belles pages de vos Annales.

Esquisser et comparer entre eux les principaux systèmes médicaux, qui guident aujourd'hui les médecins dans la pratique de leur art, et établir par l'expérience et le raisonnement quel est ou quels sont les systèmes les plus utiles en résultats pratiques, eu égard aux maladies régnantes en Belgique, telle fut, messieurs, la question que la Société avait mise au concours en 1838. Il est étonnant qu'une question d'un si haut intérêt, n'ait pas stimulé autant le zèle de nos médecins, qu'on aurait pu le désirer. Mais si l'on fait attention à l'étendue des recherches qu'elle réclame, et à la connaissance intime des localités, des mœurs, des habitudes, etc., des habitants de tout un royaume que sa solution exige; on comprendra pourquoi plus d'un homme laborieux a reculé devant les difficultés d'un pareil travail. Un seul mémoire vous est parvenu en réponse à cette question, et quoique l'auteur n'ait point traité le sujet d'une manière expérimentale, comme il le promettait, et comme la Société l'exigeait, quoique sur plusieurs points son travail laisse beaucoup à désirer, la commission chargée d'examiner le mémoire envoyé au concours, a été, néanmoins, unanimement d'accord pour reconnaître que ce travail a demandé beaucoup de recherches, qu'il aurait pu mériter le prix, s'il n'était pas si difficile de posséder les connaissances diverses nécessaires à la solution de cette vaste question. Aussi la Société, voulant récompenser et encourager le zèle du jeune médecin, auteur du mémoire, a accordé au docteur Peutermans, à Aertselaer, une mention honorable.

Nous avons lieu d'espérer que la question que vous avez proposée pour le concours de 1840, sera traitée avec tout le soin qu'elle mérite; parce que non-seulement elle intéresse la science, mais encore la gloire de notre pays, et notre nationalité naissante : Il s'agit d'esquisser l'état de la médecine belge pendant le 19me siècle, afin de faire connaître les progrès que nos compatriotes ont fait faire aux sciences médicales.

Voilà, messieurs, le résumé succinct de vos travaux. Quelque pâle, quelque incomplet qu'il puisse vous paraître, vous y trouverez cependant une preuve éclatante de votre zèle, et de votre amour pour le travail. Puisse le souvenir de ce que vous avez

fait cette année, stimuler votre courage, et vous donner un nouvel élan pour continuer l'année prochaine avec plus de succès, l'œuvre de la science et de l'humanité.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE PRATIQUE MÉDICALE, COMMUNIQUÉES A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS;

Par C. CROMMELINCK,

Docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, membre correspondant de la société de médecine de Gand, et secrétaire de la Société des sciences naturelles de Bruges.

Scripta manent. . . . . .

A l'exemple de M. le docteur F. Cunier, je viens payer mon tribut à la science, en vous communiquant quelques faits remarquables de pratique médicale. Les ouvrages de médecine, de même que les journaux scientifiques sont trop souvent remplis de discussions oiseuses sur la valeur intrinsèque d'une hypothèse plus ou moins vraisemblable; hypothèse qui, jouissant aujourd'hui d'une vogue générale, sera oubliée demain pour une autre, laquelle s'évanouira à son tour, détruite par celle qui dominera après elle, et cela sans cesse et sans relâche. La médecine devrait s'appuyer davantage sur des documents statistiques qui, recueillis un à un, et se servant mutuellement de contrôle, en fissent à la fin une science exacte. Les préceptes de l'illustre A. J. B. Parent-Duchatelet devraient rester constamment présents à la mémoire des écrivains; et à l'imitation de ce grand maître, il faudrait bannir de nos écrits les mots trop complaisants de *quelquefois, souvent, presque*, etc., et les remplacer par des données exactes et positives. La statistique seule peut nous faire parvenir à ce but, mais elle ne saurait être l'œuvre d'un seul homme, il faut que chacun y apporte sa quote-part. Nous devons avouer, cependant, que les questions de médecine ne sont pas toutes indistinctement susceptibles de contrôle, mais que celles

au moins qui le sont, soient consignées dans les annales de la science, afin que tôt ou tard on puisse en faire un relevé, d'où émanent des préceptes certains et invariables.

Volvulus intestinal. — Guérison par le mercure métallique.

Jacques Thibault, tonnelier de profession, d'une constitution sèche et nerveuse, n'ayant jamais commis d'abus quelconque, est arrivé à l'âge de 60 ans, sans avoir jamais eu d'autres maladies que de loin en loin quelques coliques nerveuses, qui avaient constamment cédé à des traitements plus ou moins vulgaires et empiriques. Vers le commencement du mois de mars 1836, sans cause connue, il perdit insensiblement l'appétit, la langue se couvrit d'un enduit blanchâtre, la bouche devint pâteuse et le goût amer, puis survinrent des nausées et enfin des vomissements de plus en plus fréquents de matières bilieuses. De la pesanteur dans l'abdomen, qui avait néanmoins conservé un grand degré de flaccidité et de mollesse, de la céphalalgie et de la lassitude dans les membres complétèrent l'ensemble des symptômes qui caractérisaient évidemment un *embarras gastrique*. Le 6 du même mois, je le vis pour la première fois et je n'eus aucune peine à établir mon diagnostic. Depuis trois jours, Thibault n'avait eu aucune selle. La pression la plus forte sur toute l'étendue de l'abdomen ne déterminait aucune douleur, ni ne faisait découvrir aucune tumeur dans cette cavité. Le malade n'avait jamais eu de hernie. Le pouls était naturel.

Considérant la grande facilité avec laquelle Thibault vomissait les matières contenues dans l'estomac, je prescrivis, malgré son âge avancé, un éméto-cathartique (tartre émétique gr. II, décoction d'orge ℔ IV. Diète sévère). Il vomit beaucoup sans mieux s'en trouver. Il n'eut aucune évacuation alvine, et le lendemain 7 mars, il était brisé d'efforts et de fatigue. De toute la nuit il n'avait pu dormir. Je me contentai de lui prescrire le repos et des boissons acidulées. Le pouls était resté calme et naturel, comme dans l'état de santé le plus parfait. Le lendemain 8, les mêmes symptômes avaient persisté : la constipation continuait, et les vomissements ne s'étaient pas ralentis. Le ventre était de-

meuré flasque et insensible à la plus forte pression, aucune douleur ne s'y manifestait. Je prescrivis une forte infusion de feuilles de séné, dans laquelle je fis dissoudre une once de sulfate de magnésie. Il vomit toute la journée, et il ne survint aucune selle. Le 9, je le vis dans le même état que le premier jour, mais plus abattu, plus cassé. Je prescrivis, sans succès pendant deux jours, des bains, des fomentations et des lavements tour à tour émollients, purgatifs ou drastiques composés de sulfate de magnésie, de jalap, d'aloès, de calomel et d'huile de croton tiglium.

Le 11 au matin, je remarquai des matières fécales dans les vomissements : je soupçonnai un *volvulus* et, en conséquence, je considérai Thibault comme voué à une mort certaine. J'ordonnai néanmoins que l'on continuât le traitement précité. Le 14, les vomissements de matières stercorales s'étaient de plus en plus abondamment répétés et Thibault était à peu de choses près comme au premier jour de l'invasion du mal. Aucun changement n'était survenu dans les symptômes. Je résolus, en désespoir de cause, de recourir à un moyen mécanique, je prescrivis six onces de mercure métallique. Thibault les avala en ma présence. Rien d'extraordinaire ne se manifesta. Durant quinze mortels jours, les symptômes allèrent constamment en augmentant d'intensité et de violence. Le mercure restait dans le canal intestinal, et cependant aucun signe de salivation ne se déclara. La face grippée de Thibault et son affaiblissement progressif firent présager une fin très-prochaine. Le 30 au matin, légèrement en délire, il sortit inopinément de son lit, et au grand étonnement des assistants, des globules de mercure roulèrent sur le plancher. Thibault, tout faible qu'il fut, revint à lui, demanda un vase, et évacua une quantité considérable de matières fécales.

Depuis ce moment tous les symptômes ont disparu. Thibault fut longtemps toutefois à se relever de cette crise, mais enfin il entra en convalescence et se rétablit parfaitement.

Ileus par suppression de la goutte, guéri par les purgatifs joints aux opiacés à haute dose.

Pierre Dossche, cabaretier, âgé de 40 ans, d'une constitution sanguine, d'un embonpoint assez considérable, s'adonne à la boisson sans excès, et a la goutte deux fois par an. Les attaques en sont toujours très-légères, mais elles se répercutent chaque fois, et déterminent un *iléus* accompagné des douleurs les plus atroces. Ce fut le 12 février 1836, que Dossche me fit appeler pour la première fois. Depuis trois jours il avait ressenti de *légères* douleurs arthritiques aux deux pieds, mais depuis la veille, elles avaient complétement disparu, et c'est depuis lors que ses cruels tourments avaient commencés. Le ventre était souple et sans tumeur; la plus forte pression était sans influence sur les douleurs. Le malade avait des vomissements non interrompus de matières bilieuses, sans qu'il se manifestât la plus légère évacuation alvine. La langue était couverte d'un enduit blanchâtre, la bouche pâteuse, le goût amer; le pouls était plein et fort, mais sans fièvre. Je pratiquai une saignée de seize onces, je prescrivis un bain général et des boissons émollientes, et fis appliquer aux pieds des cataplasmes légèrement sinapisés. Je n'obtins aucun amendement; le lendemain, les symptômes me parurent avoir gagné de l'intensité. Durant huit jours, j'eus, tour à tour et sans succès, recours aux antispasmodiques, aux opiacés, aux émétiques, aux purgatifs, aux drastiques, aux bains généraux, aux frictions mercurielles sur l'abdomen, aux saignées locales, et aux révulsifs aux extrémités. Finalement, je me rappelai une prescription aussi bizarre que singulière à laquelle le savant professeur Kluyskens (père) de Gand, avait jadis été redevable d'un brillant succès dans un cas de colique saturnine, où tous les moyens rationnels et empiriques avaient littéralement échoué: il se plaisait à nous vanter ce succès inattendu. Je la prescrivis et en voici la singulière composition : (Teinture composée de jalap, deux onces; laudanum liquide de Sydenham, deux gros; esprit de lavande compos., une once; M.) Cette potion doit être administrée à trois heures d'intervalle. Dossche prit la première moitié de cette potion *narcotico-drastique* de M. Kluyskens, et après

deux heures d'attente, il ressentit une chaleur générale dans tout le corps, les douleurs cessèrent inopinément, les vomissements disparurent et plusieurs selles abondantes se déclarèrent. Peu de jours suffirent pour son complet rétablissement : la goutte reparut, mais très-légèrement.

Depuis cette époque, j'ai traité déjà cinq fois Dossche pour la même affection, et cinq fois elle a cédé à la même potion narcotico-drastique. Je dois faire observer, cependant, que je ne l'ai jamais employée qu'en dernier ressort, alors que j'avais épuisé toute la pharmacie. J'ai également prescrit mais inutilement d'autres purgatifs mêlés à des narcotiques. A la seconde crise j'avais fait appeler en consultation le docteur Hart, actuellement médecin de bataillon au 11me régiment de ligne. Après avoir vu échouer tous nos moyens, je voulus prescrire la potion susdite, mais le docteur Hart s'y refusa, et je dus en assumer sur moi seul toute la responsabilité.

Ayant remarqué que l'*ileus* était toujours précédé chez lui de légères douleurs arthritiques, Dossche eut soin, à ma demande expresse, de me faire appeler dès qu'il s'aperçut de ces avertissements qui étaient pour lui le prélude des plus atroces douleurs. Je lui enjoignis aussitôt de garder le repos le plus absolu et fis sur-le-champ appliquer de forts sinapismes aux pieds sans interruption pendant plusieurs jours. L'accès de goutte se manifesta et fut terrible. L'*ileus* ne revint pas et depuis cette époque il a continuellement joui du plus parfait état de santé.

Ileus. — Vomissements continuels. — Constipations opiniâtres. — Guérison par la même potion narcotico-drastique.

Vantyghem, âgé de 38 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, jadis tailleur, aujourd'hui cabaretier de profession, n'a jamais été malade que d'une violente pleurésie, dont il fut guéri en quelques jours par les saignées générales et locales. Dans le commencement du mois de mars 1839, il avait aidé à évacuer l'eau qui inondait sa cave et pendant quelques jours il avait eu

les pieds constamment mouillés. A cette circonstance il faut joindre encore quelques contrariétés dans les affaires. Le 14 du même mois, en proie à des coliques atroces, Vantyghem me fit appeler vers le soir du troisième jour de l'invasion de son mal, qui, depuis lors avait continuellement augmenté. Une sueur froide et abondante lui coulait du front, depuis trois jours il n'avait goûté un seul instant de repos, il semblait qu'on lui déchirait lentement les entrailles. Dès l'invasion du mal, il avait vomi toute espèce de boisson, et les vomissements étaient constamment accompagnés de matières bilieuses : il n'avait eu aucune évacuation alvine. A ces symptômes différentiels près, il offrait tout le cortége de ceux qui caractérisent un embarras gastrique bien prononcé. L'abdomen était flasque et mou, et la plus forte pression n'avait aucune influence sur les douleurs. La langue était blanchâtre, la bouche pâteuse, le goût amer ; il était abattu, fatigué, mais sans aucune fièvre : le pouls offrait le rhythme normal.

L'*ileus* était bien caractérisé, le diagnostic ne fut pas difficile à établir. Deux médications se présentaient : les antispasmodiques et les éméto-cathartiques. N'ayant aucun motif d'opter plutôt pour l'une que pour l'autre, je tâchai d'allier les deux extrêmes. (*Potion éthérée; — lavements rendus purgatifs par l'addition d'une once de sulfate de magnésie; — cataplasmes anodins sur l'abdomen.— Diète sévère. — Repos.*). Le lendemain 15 mars, Vantyghem était aussi mal que la veille, la potion était épuisée, les lavements n'avaient produit aucun effet, les douleurs persistaient ainsi que les vomissements. Je remplaçai la potion éthérée par celle de Rivière (Sub-carbonat. potass., ʒiv; aq. distill., ℥iv; succi citri, ℥iv.—) et j'ordonnai la continuation des autres remèdes. Le 16, même état, je prescrivis le tartre émétique en lavage (deux grains sur quatre livres de véhicule). Vantyghem vomit plus que jamais, mais n'alla pas à selle. Le 17, ses douleurs n'avaient pas diminué d'intensité, malgré une application de douze sangsues à l'anus que j'avais ordonnée la veille au soir ; il était profondément accablé et désespérait de ses jours. Je prescrivis ce jour quatre onces d'huile de ricin mêlée à deux gros de laudanum, mais également sans succès. Le 18, j'eus re-

cours à la potion *narcotico-drastique* de M. Kluyskens, et une heure après l'ingestion de la première moitié, les vomissements cessèrent ; des évacuations alvines abondantes survinrent et toutes les douleurs disparurent. En peu de jours le malade fut parfaitement rétabli.

Quinze jours après, Vantyghem s'étant exposé imprudemment aux mêmes causes qui avaient déterminé sa première maladie, celle-ci ne tarda pas à reparaître. Conséquemment le 7 avril suivant, je fus de nouveau appelé. Sa maladie était identiquement la même, mais peut-être plus violente encore. J'employai tour à tour les mêmes remèdes et avec le même insuccès. Le huitième jour, le mal céda à la potion entière *narcotico-drastique*. Je ne puis passer sous silence que Vantyghem avait inutilement pris quatre bains généraux. Cette fois il fut plus de quinze jours à se rétablir complétement.

Réflexions.

Les auteurs ont souvent confondu ces deux affections entre elles, et la première a fréquemment été prise pour une maladie, alors qu'elle n'était qu'un symptôme : l'une dépendait d'une *gastro-entérite, d'une hernie étranglée, de la présence de vers, ou de matières endurcies, ou de corps quelconques arrêtés dans les intestins, de hernies du diaphragme, de névroses du centre phrénique, d'embarras gastriques*, etc.; l'autre est indifféremment qualifiée des noms de *volvulus, d'ileus, d'invagination du tube intestinal, chordapsus, acutum tormentum, miserere, morbus tenuioris intestini*, etc. Le diagnostic différentiel est souvent entouré des plus grandes difficultés. Les trois affections ci-dessus mentionnées, sont nettement dessinées, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le praticien doit constamment s'entourer de la plus grande prudence possible. Dans le doute, il doit préférer la médication qui pourrait convenir à l'un et à l'autre cas. Les bornes de cet écrit ne me permettent pas de m'arrêter longtemps à la symptomatologie différentielle de chaque affection, tous les ouvrages de pathologie ont d'ailleurs assez largement traité cette matière. Je veux seulement faire ressortir la nécessité de distinguer le *vol-*

vulus de l'*ileus* idiopathique et de là mener à un traitement aussi rationnel que possible.

Dans le *volvulus,* il y a invagination d'une anse intestinale, le plus souvent de la partie supérieure dans la partie inférieure; dans l'*ileus,* il n'existe rien de tout ceci, c'est une affection purement nerveuse. La première affection est plus rare que la seconde et aussi beaucoup plus dangereuse. Celle-ci, d'autant plus opiniâtre qu'elle récidive plus souvent, cède d'habitude assez facilement à un traitement rationnel, dans celle-là, l'inflammation et la gangrène mènent rapidement le malade au tombeau. Dans l'une, la douleur est continue, dans l'autre elle est quelquefois intermittente et insensible à la plus forte pression. Dans le *volvulus* il peut y avoir des conditions organiques qui prédisposent à son développement, l'*ileus* reconnaît toujours un état d'exaltation du système nerveux ganglionnaire. Les causes déterminantes du premier sont toutes organiques ou mécaniques, dans le second, ce sont des agents qui portent plus ou moins leur action sur le système nerveux. Ici ce sont des refroidissements, l'ingestion d'une boisson glacée, la répercussion d'une affection chronique, un accès de frayeur, de colère, etc., là ce sont des oblitérations, des constrictions organiques ou mécaniques du tube intestinal, l'engouement des matières fécales, etc., etc. Les symptômes peuvent varier dans les deux affections d'après une infinité de circonstances, mais on peut prendre les trois cas précités comme types fondamentaux, autour desquels viennent se grouper toutes les variétés de symptômes possibles. La marche du *volvulus* varie également d'après une multitude de circonstances, que l'on peut facilement déduire de ce que nous avons dit plus haut; le pronostic est presque constamment fâcheux, et il est très-rare qu'il n'arrive pas comme dans l'espèce, par une inflammation du canal intestinal qui précipite le malade vers une fin fatale. Il faut toujours le concours de cette heureuse circonstance, c'est-à-dire, qu'il n'y ait que pure et simple invagination accidentelle entièrement indépendante d'une affection organique ou mécanique. L'*ileus* devient d'autant plus fâcheux qu'il se répète plus souvent ou qu'il dépend d'une cause plus grave. Si dans ce dernier cas il n'entraîne pas la perte du malade, il finit par déterminer une af-

fection organique quelconque qui conduit au même but.

Quant au traitement du *volvulus,* on doit le diriger d'après les circonstances. Si celles-ci se prêtent aussi favorablement que chez Thibault, il ne faut pas hésiter à mettre en pratique le moyen que j'ai employé, et ne pas craindre que le mercure s'oxyde et empoisonne s'il séjourne trop longtemps dans l'économie. En définitive ce cas peut s'étayer des opinions des auteurs les plus célèbres, tels que Heers, Zacatus, Lusitanus, Frédéric Hoffmann; l'ancien journal de médecine (tome LXIV), et les Archives de médecine (t. V), en citent également un exemple.

L'*ileus* cède assez facilement aux antispasmodiques, aux opiacés, aux purgatifs, aux cataplasmes et aux lavements émollients, narcotiques ou purgatifs, etc., etc. Mais à mon avis, et quelque peu physiologiques que soient ces prescriptions, il n'en est aucune qui le combatte avec plus de succès que les purgatifs drastiques joints aux narcotiques à haute dose. Dans plusieurs cas analogues j'ai usé avec avantage des mêmes moyens, alors que toute la médication physiologique avait complétement échoué. J'ai puisé cette opinion à l'école des illustres professeurs feu Van Rotterdam et Kluyskens, père, et je le répète, plus d'une fois, j'ai eu à me louer de l'avoir mise en pratique. D'ailleurs, avec le célèbre Hughley, je ne recuserai jamais un remède, quelque bizarre et quelque hétérodoxe qu'il paraisse, s'il s'étaye sur des succès constatés.

Il est inutile de nous appuyer ici sur le précepte de rappeler la maladie répercutée et devenue ainsi la cause des accidents qui sont survenus.

Péritonite puerpérale. — Épanchement séro-purulent.—Guérison par l'huile essentielle de térébenthine.

Amélie Derre, âgée de 32 ans, cabaretière, d'une constitution lymphatique, remplit parfaitement les devoirs d'épouse et de mère, ne s'adonne à aucun excès et n'a jamais été malade. A la suite de ses premières couches, il y a trois ans, il survint au sein droit un engorgement inflammatoire qui datait de six semaines, quand elle me fit appeler. La tumeur, dont le développement

avait été favorisé par un traitement mal dirigé, s'était abcédée et marchait néanmoins d'un pas rapide vers l'état squirrheux, qui se serait indubitablement terminé par un cancer. Cent cinquante sangsues, différentes incisions et contre-ouvertures, tels sont les moyens que j'opposai à cette maladie. En deux mois, Amélie Derre fut parfaitement rétablie et sa bonne santé ne s'était pas un instant démentie jusqu'au quatrième jour après son second accouchement : celui-ci avait cependant été très-heureux. Je ne la vis que le vingt-deuxième jour de l'invasion de son mal. A l'exposé qu'elle m'en fit, je pus aisément reconnaître qu'elle avait eu une *péritonite puerpérale;* elle avait débuté le quatrième jour de ses couches, par les symptômes suivants : frissons et suppression des lochies, bientôt suivis de douleurs lancinantes et atroces dans tout l'abdomen. Impossibilité de supporter le poids des compresses trempées dans une décoction narcotique qu'on voulait constamment lui appliquer sur le ventre : fièvre continue très-intense, constipation opiniâtre, nausées, hoquet et toux incessante; tous ces symptômes, sauf la toux, s'étaient insensiblement dissipés, mais au fur et à mesure les urines et les évacuations alvines avaient complétement disparu en même temps que son ventre avait acquis un développement extraordinaire : finalement la peau de celui-ci s'était trouée, disait-elle, en cinq endroits différents, et par ces ouvertures il s'était écoulé journellement deux à trois litres d'un liquide séro-purulent d'une fétidité insupportable.

Je ne pus assigner d'autres causes à l'invasion de son mal qu'un refroidissement, car elle était couchée dans une chambre si humide que l'eau ruisselait des murs. Peut-être était-elle prédisposée à une inflammation quelconque, le cours du sang pouvait se trouver sous l'influence des mêmes causes qui lors des premières couches l'avaient dirigé vers le sein. Ceci toutefois n'est qu'une hypothèse, dont l'existence n'aurait d'ailleurs été que d'une importance tout à fait secondaire sur la marche et la nature de la maladie en question. Les symptômes étaient à peu près tels que je les ai décrits plus haut. Amélie Derre était tombée dans le plus complet marasme. La toux était ce qui la fatiguait le plus, elle était sèche, douloureuse et ne lui laissait aucun

instant de repos. La respiration était gênée par le développement extraordinaire de l'abdomen. La peau était sèche et aride, le pouls faible, petit et légèrement fébrile. La percussion sur le ventre me fit aisément sentir une fluctuation très-abondante. Cinq ouvertures éparses sur la surface abdominale, laissaient constamment écouler une matière sero-purulente : des duretés se faisaient sentir dans sa cavité, mais du reste aucune douleur ne se manifestait même à la plus forte pression. L'appareil digestif n'offrait aucune trace d'irritation. La soif était modérée, l'appétit presque nul : elle n'avait eu aucune évacuation alvine depuis huit jours, et elle ne rendait pas une once d'urine dans les vingt-quatre heures. Amélie Derre avait conservé toute sa présence d'esprit, et se résignait courageusement à mourir. J'eus besoin de toute mon influence pour la décider à laisser instituer un traitement, car elle ne croyait plus à la possibilité de sa guérison.

Le mal avait fait de profonds ravages, mais il me semblait d'autant moins au-dessus des ressources de l'art, que le canal intestinal par sa parfaite intégrité paraissait mieux disposé à recevoir et à élaborer les agents thérapeutiques que l'on devait diriger contre cette affection. Je prescrivis donc les diurétiques les plus puissants qui en même temps avaient une action purgative sur le canal intestinal. (Digitale, scille, calomel.) Je fis frotter la peau de l'abdomen avec de la flanelle trempée dans la teinture de digitale, et à ces prescriptions je joignis l'application de vésicatoires volants que je promenais sur toute la surface abdominale. Je lui ordonnai le laitage et des boissons rendues diurétiques par l'addition du nitrate de potasse. Cette puissante médication ne produisit aucun effet sensible, et le seizième jour du traitement je n'étais pas plus avancé que le premier : la malade s'affaiblissant de jour en jour, je résolus d'essayer une méthode anglaise dans laquelle je n'avais cependant que peu de confiance. Je prescrivis donc *trente gouttes d'huile essentielle de térébenthine en douze pilules, à prendre une par heure.* Trois jours après, Amélie Derre semblait ressusciter. Des selles abondantes, des urines copieuses dissipèrent un à un tous les symptômes qui m'avaient si justement alarmé , et après six semaines de ce traitement, elle put vaquer à ses occu-

pations ordinaires. La dernière fistule s'était fermée, et toute trace de collection avait disparu.

Avortement.— Gastro-entérite typhoïde.— Ascite.— Guérison par l'huile essentielle de térébenthine.

Marie R...., épouse d'un sergent-major, âgée de 24 ans, d'une taille forte et élancée, d'une constitution sanguine, repasseuse de profession, fut affectée de syphilis, il y a dix-huit mois. Elle avait des excroissances au pourtour de l'anus, et son mari de petits chancres derrière la couronne du gland, retour, à ce qu'il disait, d'un vieux péché. Tous deux se soumirent à un traitement antisyphilitique, qu'ils abandonnèrent trop tôt, car je ne les vis plus revenir, dès que les symptômes extérieurs avaient disparu. Dix mois après, 1er février 1839, Marie R...., en proie à une violente douleur de côté, me fit appeler le troisième jour de l'invasion de celle-ci. Son mal avait commencé sans aucune cause connue, se faisait sentir au-dessous du sein droit, et augmentait considérablement par l'inspiration. En un mot elle souffrait d'une douleur pleurétique bien caractérisée. Marie R.... se croyait enceinte depuis cinq mois, et depuis quinze jours elle avait senti les mouvements de son enfant. A ce point pleurétique près, elle se disait très-bien : aucun symptôme de syphilis n'avait reparu. Évidemment il ne me restait qu'une saignée générale à faire, je la fis et quelques heures plus tard Marie R.... reprit sa besogne. Cinq jours après, des douleurs lancinantes se firent sentir par intervalles au pli du bras droit, à l'endroit où la piqûre de la saignée avait été faite, piqûre qui n'était pas encore cicatrisée. Le lendemain, 7 février, rappelé près de la malade, je trouvai le bras droit complétement envahi par un phlegmon inflammatoire. La fièvre s'était allumée, et une irritation de la muqueuse intestinale se dessinait simultanément mais d'une manière encore latente. Accusant la première saignée de tous ces accidents, Marie R.... se refusa opiniâtrement à en laisser pratiquer une seconde au bras gauche. Je combattis l'inflammation par des applications nombreuses de sangsues, le mal résista et fit même de si rapides progrès que bientôt toute la surface externe du bras fut couverte de phlyctè-

nes gangréneuses. En deux jours toute la peau de cette partie fut sphacélée. Le 10, à sept heures du matin, des douleurs d'enfantement se manifestèrent, à huit heures Marie R.... mit au monde un fœtus de cinq mois du sexe masculin, qui a vécu douze heures. Dès ce moment, le travail inflammatoire parut abandonner le bras pour se porter avec la même violence vers les organes abdominaux. D'atroces douleurs se reveillèrent tout à coup, il fut de toute impossibilité à la malade de supporter le poids des plus légères couvertures : Une fièvre intense, une soif dévorante, une sécheresse brûlante à la gorge s'ajoutaient aux tourments indéfinissables de cette malheureuse. La gangrène du bras exhalait une odeur infecte malgré les aspersions d'eau chlorurée: la malade se refusa à tout emploi du bistouri. Durant cinq jours, j'appliquai continuellement des sangsues sur l'abdomen et cent cinquante de ces annélides avaient arrêté en cinq jours les progrès de l'inflammation, et Marie R.... semblait marcher vers la convalescence, toutefois les lochies ne reparurent plus. Le bras suppurait abondamment, une grande partie du muscle biceps était déjà mise à nu, mais toute la peau sphacelée était loin d'être tombée. Peu à peu les symptômes du typhus se manifestèrent. La langue devint sèche et noirâtre, la peau aride, la soif ardente, les selles fréquentes et fétides, le pouls misérable, petit et fréquent : le ventre se météorisa, le sommeil disparut, un léger délire se manifesta, et la malade parut insensible et étrangère à tout ce qui l'entourait. Les antiphlogistiques furent repris avec modération et, peu à peu, le quinquina releva la prostration considérable de la malade. Les autres moyens de traitement sont trop généralement connus pour que je les mentionne ici, je ne fatiguerai pas le lecteur par d'inutiles redites. Devant lutter contre tant de maux, Marie R...., malgré toute sa jeunesse, fut longtemps à sortir victorieuse de cette crise et sa constitution en reçut une atteinte profonde. Le 7 mars, la convalescence était déclarée; la plaie du bras marchait avec tant de rapidité vers la cicatrisation, que je suspendis mes visites et l'abandonnai aux soins de sa famille.

Le 14 du même mois, je fus rappelé : la fièvre avait reparu depuis trois jours et revenant périodiquement le soir, ne la

quittait plus de toute la nuit. Du reste, voici quels étaient les autres symptômes : insomnie, inappétence, urines rares, œdème des extrémités inférieures vers le soir. Peu de soif, langue naturelle, ventre souple et mou et sans douleurs à la pression. Le jour, il y avait intermittence complète. Marie R..., soutint qu'elle n'avait commis aucun écart de régime. Je l'observai scrupuleusement pendant deux jours, et la mis à la diète la plus sévère. Le 17, aucun changement n'étant survenu dans son état, je prescrivis une décoction de quinquina. Dès le lendemain, il survint une nouvelle irritation dans le canal intestinal, qui se communiqua bientôt au péritoine. Je fis aussitôt suspendre la potion tonique pour recourir aux antiphlogistiques.

Le 21, je fis appeler un de mes collègues, que j'avais consulté plusieurs fois dans le cours de cette maladie; il porta un pronostic des plus fâcheux. Le ventre était dur, bosselé et énormément distendu par un liquide qui en remplissait toute la cavité. Les urines et les selles avaient complétement cessé, l'appétit avait disparu, la soif était intense et la fièvre ne quitttait plus Marie R.... Je n'osai proposer à mon collègue l'huile essentielle de térébenthine, l'irritation intestinale semblait en proscrire l'administration. Nous nous décidâmes à abandonner la malade à son triste sort. Marie R...., déjà émaciée par ses longues souffrances dépérissait à vue d'œil, la mort était imminente. Je voulus toutefois tenter un dernier effort. Je prescrivis le 24, l'huile essentielle de térébenthine (30 gouttes en 12 pilules, à en prendre une par heure).

Huit jours après, Marie R...., se trouvait beaucoup mieux, elle avait eu des évacuations d'urine et de matières fécales très-abondantes. Elle se rétablit, mais difficilement : son organisation avait été ébranlée jusque dans ses fondements. Depuis cette époque je l'ai perdue de vue.

Réflexions.

Tant de théories ont déjà été mises à contribution et ont tour à tour prévalu les unes sur les autres, tant de systèmes diamétralement opposés ont été invoqués par les physiologistes tant

anciens que modernes pour expliquer la nature des hydropisies, que pour être fidèle aux principes que j'ai établis dans mes préliminaires, j'abandonnerai à qui voudra s'en emparer, toute discussion hypothétique à cet égard. Si des faits de pratique bien établis ne peuvent servir d'éclaircissements à un système quelconque, qu'ils nous fassent au moins parvenir au but final de celui-ci, savoir, à obtenir le plus de guérisons possibles. Si aujourd'hui donc j'ose préconiser un remède, loin de moi l'idée de le vanter comme infaillible ou comme panacée dans toutes les ascites. Si de nouvelles expériences viennent confirmer les heureux effets d'un médicament sur lequel je veux appeler l'attention des médecins, qu'il prenne le rang qui lui est dû parmi les médicaments désignés par les thérapeutistes pour combattre ces affections. Que l'on ne perde point de vue que je ne cherche qu'à établir deux faits de pratique dans la balance de la *statistique*, science qui tôt ou tard devra servir de point de départ dans toute espèce de traitement. Conséquemment, je regarderai comme futile tout raisonnement qui, dans l'espèce, tendrait à vouloir rendre compte de la manière intime d'agir du médicament en question, et pourtant je pose ces deux questions bien simples et essentiellement pratiques. L'huile essentielle de térébenthine a-t-elle encore été préconisée par les auteurs comme pouvant guérir les *ascites*, et est-ce à son administration qu'est due la guérison dans les deux cas précités?

Pour résoudre ces questions, consultons les auteurs les plus célèbres qui ont traité ce sujet. M. Dalmas (1) dit « que le traitement de l'*ascite* doit nécessairement varier. L'ascite par pléthore, par irritation, exige, surtout dans les premiers moments, l'emploi des antiphlogistiques aidés des diurétiques. C'est un traitement dirigé tout à la fois contre la cause et les effets, qui ne peut guère échouer et dont on constate souvent l'efficacité. » Que l'on réfléchisse bien à la sagesse qui a dicté ces préceptes, elle dénote un grand fond d'expérience et une sagacité peu commune. Que l'on attaque les *effets*, dit Dalmas, et le traitement n'en sera que plus efficace. C'est un principe que j'ai

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *ascite*.

déjà invoqué ailleurs (1), et qui est généralement trop négligé de nos jours. L'aphorisme du divin Hippocrate, *sublatâ causâ tollitur effectus*, ne répond pas toujours à l'expérience. Les effets peuvent quelquefois être plus redoutables que les causes, et imprimer une telle secousse à l'économie, que celles-ci peuvent être enlevées sans que ceux-là disparaissent. D'un autre côté, les effets étant enlevés, ne peut-il pas en résulter une influence des plus salutaires sur l'éloignement ou la destruction des causes? Où peut-on d'ailleurs plus favorablement établir un système de révulsion que sur les organes qui se ressentent le plus directement, soit par sympathie, soit par contiguité de tissus, de l'existence d'une maladie quelconque? Partant de ces principes, M. Dalmas préconise une longue suite de purgatifs ou de diurétiques, et parmi ceux-ci l'on rechercherait vainement l'*essence de térébenthine.*

Le Dictionnaire abrégé de médecine, le Dictionnaire des sciences médicales en treize volumes, aux articles ascite, Roche et Sanson (2), Capuron (3), Andral (4), n'en font aucune mention. H. Milne Edwards et P. Vavasseur (5) s'expriment ainsi au sujet de la térébenthine. « L'action stimulante de cette substance paraît, dans un grand nombre de cas, se porter spécialement sur l'appareil génito-urinaire et sur les membranes muqueuses en général. Tout le monde sait que l'urine des personnes qui en font usage et même qui en respirent momentanément la vapeur, contracte une odeur de violette remarquable, et que les crachats en ont souvent l'odeur et la saveur désagréables. » Quant à l'emploi de cette substance, ils n'en font aucunement mention pour les cas d'hydropisies. De loin en loin cependant, quelques auteurs l'ont préconisée. Werlhoff (6) en faisait un fréquent usage dans

(1) *Thèse sur la douleur*, présentée à la Société des sciences naturelles de Bruges.

(2) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, tome 2.

(3) *Traité des maladies des femmes*, au chapitre des *péritonites puerpérales suivies d'épanchements.*

(4) *Cours de pathologie interne*, recueilli et rédigé par Amédée Latour, chapitre *ascite.*

(5) *Cours de matière médicale*, article *térébenthine.*

(6) *Nouveaux éléments de thérapeutique et de matière médicale*, par

les hydropisies pour déterminer l'action des reins et de la vessie. Il est d'autant plus extraordinaire que cette substance, qui, à l'unanimité des auteurs, a une action toute spéciale sur l'appareil urinaire, ait été reléguée par les praticiens modernes dans un oubli injurieux, qu'elle semble même jouir de propriétés toutes spécifiques dans les inflammations péritonéales. Voici comment s'expriment plusieurs auteurs anglais à cet égard (1). « Le docteur anglais Kinneir, médecin d'Édimbourg, emploie, depuis nombre d'années, ainsi que ses confrères, l'huile de térébenthine contre la fièvre puerpérale; il en donne 1 ou 2 gros par jour, dans de l'émulsion d'amandes douces, ou dans une once de sirop simple et autant d'eau distillée pour prendre en une fois; la même quantité doit être renouvelée toutes les 3 ou 4 heures, jusqu'à ce que les douleurs et les autres symptômes de la maladie soient diminués; il est rare qu'on soit obligé d'y revenir plus de trois ou quatre fois. Ce traitement que l'on fait précéder de la saignée et de la purgation par le calomel, paraît seconder les effets purgatifs de celui-ci; rarement l'essence est vomie. Appliquée en fomentation sur le ventre, le docteur Kinneir l'a toujours vue calmer la souffrance de la manière la plus prompte. (*Nouvelle Biblioth. méd.*, IX, 129, 1825.) Douglas affirme que l'essence de térébenthine lui paraît, après 7 ans de son emploi, le remède le plus certain de la péritonite, même dans des cas désespérés (Thèse de M. Fernandès); Blundel, Magée, Farre, ont une opinion semblable. En 1815, le docteur Atkinson, d'après la méthode du docteur Brenan, donna 2 gros d'essence de térébenthine dans un peu d'eau de menthe à une femme attaquée de péritonite, ce qu'il répéta quatre fois en 4 heures, et dès le lendemain les douleurs péritonéales avaient cessé; quelques applications topiques du même moyen la guérirent complétement (*Journ. gén. de méd.*, LV, 131). Un médecin portugais, Fernandès de Torres Novas, a récemment publié, à Paris, une thèse sur le traitement de la péritonite puerpérale par l'es-

J. Alibert, et *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*, par J. F. Mérat et A. J. Delens.

(1) MÉRAT et DELENS, opere citato.

sence de térébenthine, dont l'analyse se trouve dans le t. XXIV, p. 87, des *Archives de médecine.* »

Pour ma part, quoique l'on puisse s'étayer des opinions de praticiens aussi recommandables, je n'oserais de prime abord employer l'essence de térébenthine dans une inflammation péritonéale aiguë, mais pour peu que l'acuité des symptômes ait été combattue avantageusement par les antiphlogistiques, je n'hésiterai pas une minute, et surtout s'il survient un épanchement, de l'administrer quand même il existât encore quelques signes d'irritation ou de légère inflammation. L'exemple frappant que j'ai eu chez Marie R..., autorise incontestablement l'emploi de ce remède. Mais, un grand nombre d'autres faits viennent garantir l'insigne efficacité de l'huile essentielle de térébenthine dans les inflammations péritonéales avec ou sans épanchement. C'est chez nos voisins d'outre-mer que l'on trouve son usage consacré par des expériences authentiques, mais il n'est pas étonnant qu'il ait été proscrit et oublié chez nous, quand nous considérons la manière dont elles ont été accueillies chez nos confrères de Paris.

Andral (1) dit : « Quelques auteurs anglais ont beaucoup préconisé l'emploi de l'essence de térébenthine dans la péritonite puerpérale. MM. Trousseau et Pidoux nous ont donné sur ce sujet une savante dissertation médicale qu'ils viennent de publier ; voici ce qu'ils disent (tome 1er, page 445 et suivantes).

« Il nous reste à juger une question de thérapeutique bien autrement grave encore que celle qui vient d'être examinée. Quelle confiance méritent les travaux des médecins anglais qui tendent à prouver l'insigne efficacité de l'huile essentielle de térébenthine contre la péritonite puerpérale? Nous posons la question dans ces termes pour laisser de suite entrevoir notre défiance envers la valeur et la solidité de ces travaux, et pour prévenir que nous ne leur concéderons que ce qu'il nous sera rigoureusement impossible de leur refuser. C'est entre eux et nous une pure question de diagnostic; et, nous devons le dire par avance, les motifs de nos doutes résultent de l'insuffisance de détails capables de caractériser la maladie, du merveilleux et de l'incroyable des

(1) Opere citato.

effets racontés, aussi bien que de l'habitude où nous sommes de ne presque jamais pouvoir vérifier sur nos malades ce que les médecins anglais observent dans leurs hôpitaux. Qu'ils sont loin les temps de Thomas Sydenham!

» Au mois de décembre 1812, il régna à l'hôpital des femmes en couches à Dublin, une épidémie de péritonite puerpérale, à laquelle aucune malade n'échappait, quel que fut le traitement employé, jusqu'à ce que le docteur Brénan se mit à essayer l'huile essentielle de térébenthine. Ce médecin rapporte six observations dans son ouvrage imprimé à Londres, en 1814, sous ce titre : *Thoughts on puerperal fever and its cure by spirits of turpentine.*

» Le docteur James Macobe, partisan des émissions sanguines, dans la maladie dont il s'agit, rapporte quatre faits où il démontre l'efficacité de l'essence de térébenthine. Ce médecin, dans une lettre écrite à Brenan, donne son opinion sur la découverte d'un médicament qui semble, lorsqu'il est raisonnablement appliqué, être le meilleur de tous ceux qui ont été employés jusqu'à présent dans la fièvre puerpérale; et que, par conséquent, l'essence de térébenthine est une addition très-précieuse à la matière médicale.

» Un onzième fait est allégué par le docteur Atkinson; un douzième, par le docteur Henry Baine; un treizième, par Richard Edgel; un quatorzième, par le docteur George Brakmann; quatre autres sont dus au docteur Isaac; et enfin le dix-neuvième au docteur Waden.

» John Douglas, qui exerce la médecine à Dublin, dans un des plus grands hôpitaux de l'Europe, s'exprime ainsi au sujet de la péritonite puerpérale : « Je considère l'essence de térébenthine *quand elle est judicieusement administrée*, comme le remède *le plus généralement* convenable et le plus efficace de tous ceux qui ont été proposés jusqu'à présent. Je puis assurer que j'ai vu des femmes recouvrer évidemment leur santé par son influence dans des cas presque désespérés, et après avoir perdu *certainement* tout espoir de les guérir par le traitement ordinaire. »

» Le docteur Kenneir dit : d'après mon opinion, et celle de

quelques-uns de mes amis, l'essence de térébenthine est le plus précieux médicament dont on ait usé jusqu'ici, dans la péritonite puerpérale. »

Un aussi grand nombre de faits authentiques recueillis par tant de célébrités, ne peut-il contrebalancer les arguments de M. Andral? Ne faut-il pas se hâter de tirer ce médicament d'un oubli d'autant plus coupable qu'il s'agit d'affections où tant d'efforts bien dirigés sont venus se briser? S'il réussit si péremptoirement dans les péritonites puerpérales où l'inflammation semble encore peraiguë et où aucun épanchement ne s'est encore manifesté, ne doit-il pas offrir plus de chances encore, alors que toute acuité a disparu, et qu'une irritation cachée et chronique cause et entretient peut-être l'épanchement? Je dois cependant à la vérité de dire, que le grand nom d'Andral m'avait prévenu contre son emploi; ce n'était que plein d'arrière-pensées que je le prescrivis chez Amelie Derre. Le succès inespéré qu'il me fit obtenir leva tous mes scrupules et j'attendis avec impatience une seconde occasion. Elle se présenta bientôt chez Marie R..., et un plus grand succès encore m'impose le devoir de communiquer mes observations à une société savante.

La seconde question est jugée de fait par la première, et je ne crois pas qu'elle puisse susciter le moindre doute. Que M. Andral refuse à *l'huile essentielle de térébenthine* une *propriété spécifique* dans ces maladies, je l'admets; qu'elle n'agisse que comme *purgatif*, peu m'importe, je souscris à ses assertions, mais qu'elle réussisse là où tout autre médicament a échoué, c'est ce que j'ose avancer et prétendre, et heureux de cette conviction, j'en appelle aux lumières des médecins impartiaux et exempts d'idées systématiques ou de préjugés.

Tumeur fongueuse congénitale. — Guérison.

Madame Deschryver-Demeester de cette ville, qui avait été en proie durant sa dernière grossesse, à une hallucination bizarre, donna le jour à un enfant qui portait à la partie externe et supérieure du bras gauche une tumeur sous-cutanée de la grosseur d'une noisette; la peau dans toute l'étendue de cette tumeur à

laquelle elle était adhérente ou plutôt avec laquelle elle ne formait qu'un seul tissu identique, était légèrement soulevée et marquée de telle façon, qu'elle simulait un morceau de viande crue. Tel a été au moins l'aveu unanime d'un grand nombre de personnes et même de médecins qui l'ont vue avant sa disparition. Cette *tumeur fongueuse* s'est rapidement accrue jusqu'à l'âge de trois mois et compromettait alors éminemment la vie de l'enfant.

Le 8 juillet 1839, je le vis pour la première fois, il était alors âgé de trois mois; sa santé était si délicate que plusieurs médecins avaient désespéré de ses jours. On avait conséquemment renoncé à tout traitement, mais comme dit Tornbull, « on perd à se *désespérer* d'un mal, plus de temps qu'il n'en faudrait pour y remédier. » Deux causes, bien différentes toutefois, avaient puissamment contribué à développer cet état d'épuisement qui le conduisait rapidement au tombeau : un allaitement vicieux joint à l'administration de narcotiques et le développement prodigieux de la tumeur fongueuse. Mme Deschryver, par suite peut-être de ses nombreuses occupations, avait vu disparaître son lait fort peu de temps après ses couches, et partant avait été forcée de recourir à une nourrice mercenaire. Comme d'habitude aucun homme de l'art n'avait été consulté pour ce choix et le résultat fut tel que l'ont si énergiquement décrit les auteurs de l'*Essai sur l'allaitement* (1). L'enfant d'une constitution éminemment lymphatique, fut allaité par une nourrice chez laquelle prédominait le même système et dont l'accouchement datait de six mois. Pour comble de malheur, le lait de la nourrice était excessivement acide, condition que je pus constater dès ma première visite. Au lieu donc de prospérer, l'enfant empira tellement qu'on le voyait dépérir. Des vomissements continuels et une diarrhée abondante se déclarèrent dès les premiers jours de ce nouvel allaitement. L'enfant criait jour et nuit, et bientôt l'emploi des narcotiques (*sirop de diacode*) vint ajouter à ses maux. Des convulsions se manifestèrent, la fièvre ne le quittait plus. L'accroissement ra-

(1) MM. Vandendriesche et Matthys. *Essai sur l'allaitement* inséré dans les *Annales de la Société des sciences naturelles de Bruges*, tome 1er, année 1839.

pide de la *tumeur fongueuse* avait constamment été considéré comme l'unique cause de cet état alarmant. Plusieurs médecins furent consultés à cet effet, la plupart décidèrent qu'il fallait l'enlever. Les uns optèrent pour l'extirpation, les autres pour la cautérisation; celui-ci voulait la compression forcée, celui-là voulait provoquer la suppuration en traversant la tumeur par un ou deux sétons. Consulté à mon tour, je fus d'un avis complétement opposé : je soutins que pour le moment l'enfant n'aurait pu supporter aucune espèce d'opération, que l'extirpation serait le meilleur procédé, mais qu'il fallait d'abord être convaincu que le développement de la tumeur se faisait d'une manière trop rapide et *avant tout* ramener l'enfant à une condition meilleure, en un mot *refaire* sa constitution. Du reste, j'ajoutai que je considérais la tumeur au bras comme parfaitement étrangère à la maladie de l'enfant. La question se compliqua de plus en plus par la grande diversité des opinions qu'émirent peut-être vingt médecins. Pour sortir de cette perplexité, les parents se décidèrent de faire un appel aux lumières de quelque chirurgien renommé; j'applaudis vivement à cette idée. Je fus avec l'enfant et la mère chez M. Kluyskens, père, professeur à l'Université de Gand. Cet habile chirurgien, aux talents duquel tous les médecins s'empressent de rendre hommage, fut de mon avis. Il décida, en présence de ses nombreux élèves, qu'il fallait temporiser et faire l'*extirpation*, si le développement démesuré de la tumeur forçait d'en venir à ce moyen extrême. Il ajouta que l'opération était très-grave, et le serait bien davantage, si l'on ne parvenait à rétablir l'enfant avant que d'avoir recours à l'extirpation. Dès ce jour les parents furent complétement décidés; j'entrepris la guérison de leur enfant. Je supprimai l'allaitement et prescrivis les narcotiques. J'ordonnai une nourriture légère, composée principalement de laitages et de farineux. Nous ajoutâmes du sirop de quinquina à tous ses aliments et à toutes ses boissons, et d'heure en heure l'enfant prit une cuiller à café d'une décoction de racine de columbo (décoction de deux gros dans une livre d'eau). Nous essayâmes d'après l'avis de M. le professeur Kluyskens, les réfrigérants sur la tumeur, mais leur application soutenue était trop difficile ou plutôt physiquement impossible. Je mesurai

exactement la circonférence de la tumeur. En moins de trois semaines l'enfant avait tellement changé à son avantage, qu'il y avait à s'y méconnaître. La diarrhée et les vomissements avaient complétement disparu et le sommeil n'avait pas tardé à revenir. La tumeur fongueuse s'était elle-même ressentie de cette heureuse modification, elle avait diminué en circonférence de deux millimètres. Très-douloureuse auparavant, elle était devenue insensible à une pression assez forte. J'essayai alors la compression de tout le bras gauche au moyen de bandelettes agglutinatives. J'augmentai journellement la compression; au bout de huit jours une liqueur sanieuse commença à s'écouler de la tumeur. Il s'y manifesta une espèce de travail inflammatoire, qui accrut insensiblement. Le quinzième jour, je dus renoncer à la compression, l'inflammation étant devenue trop considérable, une véritable suppuration s'était établie. Je prescrivis l'application de cataplasmes d'herbes aromatiques sur lesquels je fis verser chaque fois un gros de teinture de myrrhe. J'ai alterné cette dernière prescription avec le baume du Pérou. Sous l'influence de ce traitement la tumeur a semblé se fondre lentement : à l'intérieur j'ai toujours continué le traitement précité. Aujourd'hui, 25 octobre 1839, la tumeur a totalement disparu et n'a laissé pour toute trace qu'une cicatrice irrégulière. L'enfant a pris un tel embonpoint qu'on a de la peine à reconnaître en elle cette chétive créature que l'on s'accordait généralement, il y a trois mois, à vouer à une mort certaine.

Je livre ce fait à la publicité sans réflexions ni commentaires; il est trop isolé, trop extraordinaire pour m'autoriser à en tirer des conclusions en faveur d'un système. Je l'abandonne volontiers à la discussion de la Société savante, au jugement de laquelle j'ai l'honneur de le soumettre.

Rapport sur le mémoire de M. Crommelinck (1).

Messieurs,

Le mémoire que M. Crommelinck vous a présenté, est une collec-

(1) MM. Koyen et Vancamp, *commissaires*, M. Vanmeerbeeck, *rapporteur*.

tion de quelques observations de médecine pratique. L'auteur les fait précéder de quelques réflexions sur l'utilité de la statistique en médecine, tout en avouant, qu'il est difficile de faire subir ce contrôle à certains faits particuliers. Nous croyons nous, que cette difficulté n'existe pas seulement pour un petit nombre de faits, mais pour la presque totalité; car, dans chaque cas de maladie, il se rencontre des symptômes, qui seront expliqués différemment, suivant qu'ils auront été analysés par tel ou tel observateur, et même, par le même observateur, il s'y présente des circonstances tellement différentes de tout autre cas du même genre, qu'avec la meilleure volonté du monde, on ne pourrait les ranger dans la même catégorie.

Après avoir donné, ici, une analyse succincte des trois premières observations de M. Crommelinck, les commissaires ajoutent : Quant à nous, nous doutons, si dans le cas de volvulus rapporté, c'est plutôt au mercure qu'aux ressources de la nature qu'on doit attribuer la guérison. Observez, que la maladie ne s'est heureusement terminée, que vingt-trois jours après l'invasion, quinze jours après l'administration du mercure; ce temps n'est-il pas plus que suffisant, pour que la portion invaginée se soit séparée et que les bouts d'intestin aient contractés des adhérences entr'eux? Les Annales de la science renferment plusieurs exemples de ce genre (1). Il est fâcheux que l'observation ne rapporte pas sous quel aspect se présentèrent les premières matières fécales rendues; s'il ne s'y trouvait pas quelque portion d'intestin?

D'un autre côté, le mercure métallique administré dans le cas d'invagination intestinale, agit-il bien comme on le suppose? Ne s'éparpille-t-il pas dans les replis de la muqueuse? Une balle de plomb ne serait-elle pas préférable.

La guérison de l'ileus par la potion narcotico-drastique nous paraît plus concluante; ici on a pu analyser les effets, et les expériences ont été plus d'une fois répétées.

Nous trouvons très-juste la réflexion que rapporte l'auteur, sur l'emploi de certaines recettes de nos vieux médecins; de ce qu'on ne puisse expliquer l'action d'un médicament il n'en résulte pas qu'il faille le rejeter; depuis notre engouement pour la simplicité apparente de la doctrine physiologique, nous n'avons que trop oublié l'expérience de nos anciens praticiens; il est plus que temps que nous y revenions.

La 4me et la 5me observation ont rapport à deux cas d'ascite, guéris par l'administration de 30 gouttes par jour d'huile essentielle de térébenthine. L'un était survenu à la suite d'une péritonite puerpérale,

(1) *Journal universel et hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratiques*, mois de juin 1833. Observation de M. Palais de Montmirail, mois de septembre 1833. Recueil d'observations de ce genre, par M. Gaultier de Claubry.

l'autre après la guérison d'une affection que, d'après l'analyse des symptômes nous regardons comme une résorption purulente, et que l'auteur qualifie de typhus, de gastro-entérite typhoïde. Dans l'un et l'autre cas des selles abondantes et des urines copieuses précédèrent la guérison immédiatement après l'ingestion de l'huile de térébenthine.

Les commissaires poursuivant l'analyse du mémoire de M. Crommelinck, terminent leur rapport en proposant l'impression de ce mémoire et l'admission de l'auteur au nombre des membres correspondants.

Anvers, le 21 novembre 1839.

PLEURO-PNEUMONIE INTENSE,

AVEC FORMATION DE VOMIQUE SUIVIE DE GUÉRISON.

Par J. HAINE,

Docteur en médecine, en pharmacie et en l'art des accouchements, membre effectif de la Société.

Le nommé Van Nuffelen, âgé de 30 ans, d'une constitution très-forte, maçon de profession, travaille depuis quatre semaines, dans une fabrique de noir animal, d'où s'exhale pendant la combustion des os, une odeur repoussante qui infecte tous les envivirons et incommode les ouvriers qui y sont employés, par une toux pénible et souvent par des vomissements répétés.

Le 23 janvier 1835, le malade est subitement atteint d'une dyspnée intense, d'une douleur lancinante au côté gauche de la poitrine, au-dessus du mamelon, et d'une fièvre intense qui dure pendant toute la nuit.

Le lendemain, je le trouve dans l'état suivant : décubitus dorsal, yeux et pommettes injectés, respiration haute et très-accélérée, dilatation des ailes du nez à chaque mouvement inspiratoire, douleur vive dans tout le côté gauche de la poitrine, particulièrement à un travers de doigt au-dessus du mamelon.

La percussion donne un son mat, obscur dans le poumon gauche. L'auscultation fait entendre le râle sous-crépitant au point le plus douloureux; du reste, absence totale de la respi-

ration dans le poumon gauche; à droite, la respiration est libre, mais forte. Le pouls est large, tendu et très-accéléré; il n'y a point d'expectoration. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre au milieu, est rouge sur les bords; la soif est intense, l'appétit nul. Le ventre est un peu tendu et douloureux à la pression. Le malade n'a plus été à selle depuis deux jours. La peau est sèche et brûlante, les urines sont rouges.

Une saignée de 24 onces est pratiquée; le sang tiré de la veine ne tarde pas à se couvrir d'une couenne épaisse. — *Prescription :* eau gommeuse avec six grains de tartre émétique, à prendre une cuiller par heure. Diète sévère; eau d'orge pour boisson. Le soir, un lavement avec deux onces de manne.

Le 25, dyspnée, même anxiété, mêmes signes stéthoscopiques que la veille; le pouls est tendu accéléré, la toux est pénible et fréquente. Expectoration de cinq à six crachats d'un rouge vif. Il y a eu deux selles noirâtres très-fétides.

Nouvelle saignée de 24 onces et application de 16 sangsues sur l'endroit douloureux. Répétition de la même mixture, qui a été très-bien supportée.

Le 26, le malade a eu quelques vomissements de matières bilieuses verdâtres. La peau reste constamment chaude et sèche; le pouls est encore tendu et fréquent. La toux est pénible et se répète fréquemment. Peu de crachats ont été expectorés, ils sont très-épais, d'un rouge brunâtre. Saignée de 12 onces, même mixture.

Le 27, la peau est moite, la dyspnée moins intense. Le malade a eu un peu de repos. Le pouls est moins fréquent, la face indique une moindre souffrance; la douleur de la poitrine a notablement diminué. La matité du son persiste, on entend un peu de râle crépitant à petites bulles, mêlé de souffle tubaire à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule; plus bas la respiration ne se fait pas encore entendre. La toux est moins fréquente; les crachats sont rares, épais et rouillés. L'appétit reste nul et la soif intense. Julep gommeux avec 6 grains de kermès.

Le 28, même état : application de deux larges vésicatoires aux cuisses. Même mixture. Eau de poulet pour boisson.

Le 29 et 30, encore un léger amendement dans tous les symp-

tômes. La respiration devient plus libre; la toux assez fréquente ne produit cependant que quelques crachats très-épais et toujours brunâtres. La matité de son persiste; il y a un peu de râle muqueux, et de temps en temps un bruit de soufflet très-aigu se fait entendre dans le dos. — Même prescription.

Le 31, dyspnée plus grande que le premier jour, la peau est brûlante, la face altérée. Les yeux et les pommettes sont fortement injectés. Il y a céphalalgie intense. Le pouls est accéléré et petit; la douleur à la poitrine est si forte que le malade ose à peine respirer; l'expectoration est nulle.

Nouvelle saignée de 16 onces. Frictions avec l'onguent mercuriel sur la poitrine. Julep gommeux avec 6 grains de kermès.

Le 1er février, il y a eu délire pendant la nuit, les vésicatoires aux cuisses ont cessé de suppurer.

La face est livide, les traits sont décomposés, les yeux hagards. Le malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse; il appréhende de tousser; son haleine exhale une odeur fétide; il se plaint d'avoir un goût désagréable dans la bouche, lorsqu'il rend ses crachats qui sont brunâtres, très-épais et d'une odeur insupportable.

Le pouls est petit et faible; il y a un râle muqueux très-fort à grosses bulles et un léger gargouillement au-dessous de la clavicule; ce point est extrêmement douloureux. Mêmes frictions. Sinapismes aux mollets. Looch blanc avec une once de sirop diacode.

Le 2, le malade est accablé; il demande avec instance quelque médicament pour lui ôter le goût insupportable qu'il ressent dans la bouche. Ses crachats sont plus abondants, très-épais, d'une couleur verdâtre, mêlés de stries rouges et d'une odeur gangréneuse. La toux est tout à coup caverneuse. Il y a une pectoriloquie manifeste à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. Vers le soir, le malade est dans une anxiété pénible; une sueur froide inonde tout son corps; à peine ose-t-il respirer. Il lui survient un accès de toux très-fort, il exécute des mouvements désordonnés et instantanément, il rend en abondance une masse de pus verdâtre, d'une odeur tellement repoussante, que tous les assistants quittent l'appartement.

Après cet effort, le malade reste abattu. La quantité de pus expectorée dans ce moment peut être évaluée à 12 onces au moins. Pendant la nuit, à des intervalles assez éloignés, ces accès de toux reviennent à trois différentes reprises, et après des efforts inouïs, le malade rend chaque fois une grande quantité des mêmes crachats.

Le 3, la prostration des forces est complète. L'air de l'appartement est infect; les crachats sont d'une fétidité extraordinaire.

La résonnance de la voix est forte et nette, la toux reste caverneuse, mais elle occasionne moins de douleur. Les crachats viennent en abondance et sont de temps en temps très-tenus. —Décoction de lichen avec 2 gros de quinquina royal. — Même état jusqu'au 6 février.

Nouvelle expectoration subite de 6 onces de pus qui, continuant à être infect, décide plusieurs voisins à lui refuser leurs soins. Le pouls est faible, petit et accéléré. — Continuation des mêmes médicaments. Deux bouillons par jour.

Le 12, les crachats viennent toujours en abondance, ils ont une couleur jaunâtre et restent fétides. Par moments la toux est assez facile et moins forte. La résonnance de la voix continue à se faire entendre; l'émaciation est très-prononcée. Les extrémités sont infiltrées. L'appétit est assez bon, la soif moindre. Le malade est très-courageux. Il prend pendant huit jours encore la décoction de lichen avec le quinquina.

Son alimentation consiste en bouillons forts plusieurs fois par jour. Quelques pommes de terre et des pruneaux.

Le 19, je place à l'endroit malade un large séton qui ne provoque pas beaucoup de suppuration, et qu'on cesse d'entretenir après trois semaines, le malade ne voulant plus le laisser panser à cause des douleurs qu'il provoque.

Pendant tout ce temps les crachats conservaient une odeur extrêmement fétide, ils étaient purulents et leur quantité s'élevait au moins à 8 onces par jour.

Pendant deux mois j'ai toujours continué une médication tonique, qui a consisté en gelée de lichen et de corne de cerf. Électuaire balsamique de Barthez. Chlorure de chaux solide jusqu'à 2 gros par jour, continué au moins pendant 15 jours.

Sous l'influence de ce traitement et d'une alimentation substantielle, la convalescence s'établit bien, il reprend des forces ainsi que de l'embonpoint.

La toux qui est restée caverneuse devient rare, l'expectoration facile et moindre. Les crachats devenus muqueux, ont beaucoup perdu de leur odeur infecte.

Vers la fin du mois d'avril, le malade sort, il a repris son état ordinaire, il ne lui reste plus qu'une petite toux.

Au mois de juin, il reprend son ouvrage quoique toussant encore un peu; les crachats sont blanchâtres; la respiration est libre. La résonnance de la voix a beaucoup diminuée; il ne sait pas encore supporter la fatigue.

Au mois d'octobre 1836, il lui est survenu une fièvre intermittente tierce. A chaque accès, la toux était très-forte et pénible, les crachats muqueux et jaunâtres. L'opium uni au sulfate de quinine, a rétabli sa santé au bout de dix jours.

Aujourd'hui 20 mars 1839, quatre ans après sa maladie, je l'ai examiné au stéthoscope. La respiration est libre, mais il existe pourtant encore un bruit anormal à l'endroit qui a été malade. D'après l'aveu de Van Nuffelen, il n'a jamais joui d'une meilleure santé, quoique, de temps, en temps il se livre à quelques excès de boisson.

J'ai rapporté cette observation telle que je l'ai recueillie, sans l'accompagner d'aucune réflexion. Libre à chacun d'interpréter comme il voudra la formation de la vomique. Qu'on la considère comme le résultat d'une pneumonie suraiguë, après laquelle une partie du poumon serait pour ainsi dire tombée en déliquescence; ou bien comme provenant d'un appauvrissement du sang, suite des nombreuses soustractions qui en ont été faites, joint à cela l'état inflammatoire préexistant; toujours est-il que ce travail ne saurait avoir lieu dans les poumons sans la destruction organique de la partie qui, si l'on n'était parvenu à l'arrêter, aurait infailliblement entraîné le malade au tombeau.

Je reste aussi intimement convaincu que dans le cas rapporté plus haut, c'est à la cessation de la médication débilitante, remplacée par la méthode opposée, qu'appartient l'avantage du succès, et je pense même, d'après des observations que j'ai lues plus

tard, dans des cas à peu près semblables, que le chlorure de chaux solide peut réclamer la plus grande partie de ce succès.

EFFETS REMARQUABLES

DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS UN CAS DE RHUMATISME MUSCULAIRE CHRONIQUE ;

Par J. KOYEN, D. M.

M. E. Tyde, marchande de poissons, âgée de cinquante-cinq ans, d'une constitution lymphatique, est continuellement exposée par sa profession, au froid humide et aux intempéries de l'air. Pendant l'hiver de 1836, elle a été obligée d'attendre sur le port pendant plus de quatre heures l'arrivée des pêcheurs ; rentrée chez elle, elle a senti des frissons par tout le corps et elle n'a pu se réchauffer que lentement. Le lendemain elle ne put se lever à cause d'une roideur générale et d'une douleur gravative dans tout le système musculaire, défaut d'appétit, fièvre. Cette fièvre rhumatismale fut traitée par les déplétions sanguines générales et les boissons sudorifiques, et parut céder à ce traitement au bout de trois semaines; la liberté du mouvement revint dans tous les muscles, excepté dans les lombes et les extrémités inférieures. Des élancements intolérables se propagèrent le long du nerf sciatique de la jambe gauche jusqu'à la malléole externe, et firent jeter des hauts cris à la malade. La malheureuse est obligée de marcher au moyen de béquilles et elle peut à peine déplacer les jambes tant le moindre mouvement augmente la douleur; lorsqu'elle est assise dans un fauteuil, elle ne peut rester cinq minutes dans la même position, elle est forcée de s'incliner tantôt en avant tantôt en arrière à cause de l'extrême gêne qu'elle éprouve dans les lombes. La chaleur du lit ne fait qu'exaspérer ses souffrances, jamais elle ne peut le garder pendant trois heures consécutives, il est inutile d'ajouter qu'il y a presque insomnie continuelle. Cette pénible position persistait depuis plus de quinze mois, le mal avait résisté aux moyens rationnels et aux

moyens empiriques : les sangsues, les vésicatoires, l'application de la morphine par la méthode endermique, les moxas, l'oleum jecoris aselli, avaient été employés successivement sans aucun soulagement. Ce fut dans cet état presque désespéré que la malade se présenta chez moi. Voyant, d'après l'exposition des remèdes employés antérieurement, qu'il me restait encore un agent qui, dans cette circonstance, pouvait peut-être donner quelques résultats heureux, le mercure ; j'eus recours, pour commencer une cure aussi difficile, aux embrocations mercurielles. Je lui prescrivis donc une demi-once d'onguent mercuriel double pour frictionner les extrémités inférieures, avec recommandation d'épuiser cette dose dans les vingt-quatre heures. A ma visite du lendemain, je fus agréablement surpris de voir marcher ma malade sans béquilles dans son appartement, et de l'entendre dire que le remède avait agi comme par miracle, que ses douleurs avaient disparu comme par enchantement, que ses mouvements étaient libres au point qu'elle pouvait s'habiller elle-même, mettre ses bas, fléchir en tous sens le tronc sur les extrémités, enfin qu'elle avait pu rester toute la nuit au lit et que son sommeil avait été calme et tranquille, ce qui ne lui était plus arrivé depuis l'invasion de sa maladie. En examinant alors de plus près ma malade, je remarquai les prodromes de la salivation mercurielle et je fis aussitôt cesser les frictions (la demi-once d'onguent avait été à peu près employée), mais néanmoins le lendemain la stomatite mercurielle existait dans toute son intensité. Comme les symptômes de sa maladie primitive n'avaient point reparu, qu'elle ne se plaignait plus ni de son rhumatisme ni de ses douleurs sciatiques, je crus devoir respecter la maladie artificielle, si je puis m'exprimer ainsi, et laisser ma malade sous l'influence du mercure. Ainsi je me bornai à prescrire un gargarisme légèrement astringent avec le sulfate acide d'alumine et de potasse. Tant que la salivation a persisté, et elle a duré environ trois semaines, la roideur musculaire et les douleurs rhumatismales et sciatiques n'ont point reparu, mais, chose remarquable, à peine la bouche fut-elle guérie, à peine l'influence du mercure avait elle cessé de se manifester dans l'économie, que les symptômes de la maladie primitive se firent ressentir de nouveau quoiqu'à une moindre

intensité. Je me vis donc forcé à faire recommencer les frictions, et à peine deux gros de l'onguent mercuriel double avaient ils été employés que la bouche s'affecta de nouveau, que la roideur musculaire et les douleurs se dissipèrent pour ne plus reparaître, après que la salivation fut guérie, excepté les élancements dans le nerf sciatique, ceux-ci ont ensuite cédé à l'application du sulfate de morphine par la méthode endermique.

Mon unique but en publiant cette observation est de prouver l'efficacité des frictions mercurielles dans le rhumatisme musculaire chronique.

Plusieurs praticiens révoquent en doute l'efficacité du mercure dans ces cas, et prétendent que puisque le rhumatisme sous la forme chronique présente quelqu'analogie avec certains symptômes de la syphilis constitutionnelle, il est probable que si ce médicament a eu des résultats favorables, il ne s'agissait point de rhumatisme mais bien d'une vérole mal guérie. Je crois que si l'on veut bien étudier l'observation qui précède, si l'on veut examiner les causes, la marche et tous les symptômes de la maladie détaillée plus haut, on doit avoir la conviction : 1° qu'il s'agissait d'un véritable rhumatisme musculaire chronique ; 2° que les frictions mercurielles administrées à haute dose et jusqu'à la salivation, ont obtenu une guérison qui avait résisté aux méthodes de traitement les plus rationnelles.

Anvers, le 13 avril 1839.

OBSERVATION

SUR L'EXTRACTION D'UN CALCUL BILIAIRE VOLUMINEUX, GUÉRISON ;

Par M. DE MEERSMAN.

Mandé chez la femme N..., âgée de 73 ans, je reconnus à l'habitude extérieure de la malade les indices d'une affection organique du foie. Un examen comparatif des symptômes existants me donna bientôt l'assurance que l'indication de la physionomie ne m'avait pas trompé.

Archives : Juin 1840 : Extraction d'un calcul biliaire.

Malgré l'emploi rationnel des moyens préconisés en pareille occurrence, la maladie fit des progrès. Une douleur vive se déclara dans l'organe affecté, et s'accrut bientôt au point de ne plus laisser de repos à ma vieille malade. La fièvre éclata, en même temps, avec une violence qui fit craindre prochainement une issue fâcheuse. Les sangsues, les cataplasmes émollients et narcotiques sur la région du foie et les calmants à l'intérieur furent mis en usage, afin d'entraver la maladie dans sa marche précipitée, mais en vain; le cortége des symptômes alarmants marchait à grands pas en dépit de toutes ces ressources thérapeutiques, lorsque, le troisième jour, il survint dans la région affectée une tumeur accompagnée des symptômes ordinaires du phlegmon aigu. Dès lors la formation d'un abcès ne fut plus douteuse, et bientôt après, la fluctuation fit reconnaître la nécessité de l'oncotomie à laquelle je procédai immédiatement. La grande quantité de bile qui se trouvait mêlée au sang et le pus sorti du foyer de l'abcès, indiquaient qu'il y avait obstruction du canal cholédoque, en conséquence il fallait laisser une issue à la bile qui ne pouvait plus couler par son conduit naturel. A cet effet, j'introduisis une mèche dans l'ouverture. La malade fut soulagée par l'opération de l'abcès, à tel point qu'elle disait ne plus souffrir du tout.

Après quelques jours et quand les symptômes inflammatoires avaient disparu, je me mis en devoir de sonder la fistule biliaire. Cette manœuvre me donna l'assurance qu'il y avait un corps étranger dans le foyer de l'abcès, dont la longueur approximative était de quatre pouces, et le diamètre transversal d'un pouce à peu près. J'aggrandis la plaie en proportion du volume du corps étranger, et procédai à l'extraction au moyen des tenettes ordinaires.

Le corps étranger est l'immense calcul que j'ai l'honneur de vous présenter avec la présente observation (Voyez la planche ci-jointe).

La malade guérit parfaitement en vingt jours au moyen d'une position appropriée à son état, et des cautérisations de la plaie avec le nitrate d'argent.

Rapport sur cette observation (1).

Messieurs,

L'observation que M. Demeersman a présentée à la Société de médecine d'Anvers n'étant pas longue, nous ne nous occuperons pas à en présenter le sommaire; la seule remarque que nous ferons, c'est que nous ne pouvons pas admettre avec l'auteur que le mélange de pus, de sang et de bile, qui sortit après l'ouverture de l'abcès biliaire, soit un signe certain que le canal cholédoque fut obstrué. Passons maintenant à l'examen du calcul. Il a une forme ovalaire, allongée, légèrement courbée, ses deux extrémités sont d'inégale grosseur, à l'extérieur il est légèrement rugueux, d'une couleur brun-noirâtre, il a une longueur de trois pouces et une épaisseur d'un pouce; son poids est de six gros deux scrupules. Scié dans la direction de son plus grand diamètre, il offre un aspect ligneux à couches concentriques ovalaires; cette surface sciée est douce au toucher, d'une couleur jaune; avec l'ongle on en détache, avec la plus grande facilité, une poudre onctueuse jaunâtre.

M. le pharmacien Vandevelde a soumis une partie de ce calcul à l'analyse chimique. Voici comment il y a procédé : une partie du calcul pulvérisé est soumise à l'action de l'alcool bouillant, on filtre à chaud, on répète cette opération six fois et à chacune d'elles on obtient des quantités de moins en moins considérables de cholestérine. Ces opérations successives ont donné 80°/₀ de cholestérine; la matière colorante restée pesait 19°/₀. — Perte 1°/₀.

La cholestérine obtenue fut mise dans un petit bocal de verre surmonté d'un tube; on fit chauffer : la cholestérine se liquéfia et après refroidissement elle cristallisa sous forme de lames rayonnées. Chauffée alors plus fortement, elle a dégagé des vapeurs épaisses, ne rougissant pas le papier de tournesol, et laissant sur les parois du tube des gouttelettes d'une matière huileuse.

Votre commission croit que l'observation présentée par M. Demeersman, est très-importante sous le rapport de la réussite qui a suivie l'extraction du calcul, aussi vous propose-t-elle de la faire imprimer dans les Annales de la Société.

Anvers, le 9 novembre 1839.

(1) *Commissaires*, MM. Vandevelde, Van Camp, Matthyssens, *rapporteur*.

TUMEUR AU COU DEPUIS TROIS ANS.

DIVERS ACCIDENTS GRAVES; ASPHYXIE IMMINENTE; BRONCHOTOMIE CRICOTHYROIDIENNE; GUÉRISON.

Observation recueillie par le docteur **BULCKENS**, membre résidant.

Cuyper, âgé de 52 ans, ancien soldat, attaché actuellement au 3me de ligne, d'une taille moyenne, très-bien constitué, cheveux noirs, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ans, à la suite d'un léger rhume, il s'aperçut qu'une tumeur s'était formée au cou; cette tumeur qui dans le principe ne gênait que faiblement la respiration, ayant acquis, après quatorze mois, le volume d'un œuf de poule, et déterminant alors une difficulté insupportable dans la déglutition et dans l'acte respiratoire, obligea Cuyper à cesser son service, et à entrer à l'hôpital de Charleroy. Sous l'influence de frictions avec un onguent dont il ignore la composition, la tumeur diminua de volume : il put rejoindre son corps, et le suivit, sans peine, dans ses nombreuses marches, et contremarches.

Huit mois s'étaient à peine écoulés depuis sa sortie de l'hôpital, que se trouvant en service à Gand, il lui survint tout à coup un crachement de sang considérable, auquel on n'opposa aucune médication active, mais qui se reproduisit tous les matins par quelques crachats sanguinolents et occasionna de la gêne dans les fonctions respiratoires. Son zèle pour le service et son enthousiasme lui firent complétement négliger son état, et les fatigues auxquelles il s'exposa lors de l'excursion, qu'il fit avec son régiment dans le Luxembourg, provoquèrent de nouveaux accidents. La tumeur ayant augmenté de volume, détermina bientôt une grande gêne dans la déglutition, augmenta encore celle qu'il éprouvait déjà dans la respiration et le contraignit d'entrer à l'hôpital d'Arlon. Ce fut en vain qu'on y employa des frictions pour faire dissiper la tumeur, elle résista à toute médication, mais les autres phénomènes s'amendèrent. Ayant pu suivre son bataillon jusqu'à Turnhout, il y passa quelque temps sans éprouver d'accidents graves et arriva enfin à Anvers. Il fit en un jour

et à pied le trajet de ces deux dernières villes, qui est de huit lieues, chargé de quelques ustensiles de ménage, et arriva à sa destination exténué de fatigue et trempé de sueur. Pendant huit jours il fut exempt de tout service, mais le repos ne remédia pas à sa souffrance, l'accablement qu'il éprouva fit des progrès et il fut forcé de venir réclamer des soins à notre hôpital le 8 novembre 1839, quinze jours après son arrivée à Anvers.

Le 9, à la visite du matin, on trouve le malade assis sur son lit, la tête élevée, la face pâle, bouffie, le cou tuméfié, les traits altérés et exprimant une anxiété extrême; il éprouve au larynx un sentiment de gêne sans douleur notable; de chaque côté du cou, sous les cornes de l'os hyoïde, on sent le prolongement d'une tumeur, dure, rénitente, indolente et qui paraît s'étendre derrière le cartilage thyroïde auquel elle adhère latéralement et dont elle suit les mouvements d'élévation et d'abaissement; le doigt introduit dans l'arrière-gorge ne découvre aucun gonflement. La déglutition est difficile; la respiration laborieuse, l'inspiration pénible et bruyante, l'expiration facile, la voix est très-altérée, le timbre en est rauque et bruyant, la parole est très-pénible et saccadée, la toux se fait par secousses, l'expectoration consiste en quelques crachats écumeux. Le thorax amaigri et symétrique se dilate avec peine et est partout sonore; le bruit respiratoire est remplacé par un souffle bronchique à droite et une absence complète de tout bruit à gauche; en arrière on entend un léger râle muqueux; les battements du cœur sont réguliers, très-prononcés, le pouls peu résistant offre 80 puls., la peau est chaude; rien d'anormal dans les autres fonctions. *Saignée*, 10 *onces*. — *Sangsues*, 8 *fosse sus-sternale*. *Bouillon*.

Les émissions sanguines avaient rendu la respiration plus libre et l'état général du malade en était considérablement amendé. Pendant trois jours de petites saignées furent pratiquées, un repos absolu, un régime sévère et des adoucissants furent prescrits. Il survint un calme notable, auquel de temps en temps succéda une respiration difficile, un murmure laryngo-trachéal bruyant et de légers étouffements. Dans cette alternative de calme et de dyspnée, le malade traîna une existence misérable et très-précaire, pour la conservation de laquelle l'opération de la bron-

chotomie parut seule offrir quelque chance de salut. Elle fut proposée pour être pratiquée dans le cas de suffocation imminente. Ce moment ne se fit pas longtemps attendre.

Le 21, la respiration devint laborieuse, une toux convulsive, revenant par accès et mettant le malade hors d'haleine, le menaça de suffocation et le priva de tout sommeil. Une saignée de 8 onces ne diminua que faiblement la gravité de cet ensemble de symptômes.

Le 23, les accidents présentèrent une intensité plus effrayante encore : la déglutition devint plus difficile, l'orthopnée extrême, l'inspiration plus bruyante et pénible, la voix presqu'éteinte, la toux violente et douloureuse; on n'entendit plus de bruit respiratoire; la face pâle et anxieuse était couverte de sueur, la peau moite, le pouls 116, petit, l'asphyxie était à craindre. Le malade à qui on avait laissé entrevoir une chance de succès par l'opération, demanda avec instance à être opéré, ce qui, d'après les conseils de M. Gouzée, fut fait dans l'après-midi du 23.

M. Lutens, après avoir préalablement posé le malade sur le lit, la tête renversée en arrière, fit sur la ligne médiane du cou une incision longitudinale de deux pouces d'étendue depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la fossette sus-sternale; la peau, le fascia superficialis, le tissu cellulaire et l'aponévrose cervicale furent divisés; les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens écartés; quelques ramuscules veineuses intéressées répandirent une grande quantité de sang sur la plaie. Le malade ne pouvant qu'avec grande peine tenir la tête renversée en arrière, l'opérateur dut interrompre fréquemment ses manœuvres. Sur les instances du patient qui disait avoir éprouvé du soulagement dès que l'on eut divisé les aponévroses et considérant le danger de continuer l'opération pendant une hémorrhagie, difficile à arrêter, on la remit au lendemain; la plaie fut recouverte de charpie, pendant la nuit il survint un écoulement veineux considérable, qu'une compression légère maîtrisa.

Le lendemain 24, le malade quoique beaucoup affaibli par les pertes de sang, présenta les mêmes conditions que la veille; il lui était de toute impossibilité de tenir la tête renversée en arrière sans s'exposer à une asphyxie. La position verticale fut

donc obligatoire, la plaie mise à nu ne présenta d'abord plus d'écoulement sanguin, les lèvres étaient considérablement gonflées, une couche lamelleuse très-dense fut divisée, l'artère cricothyroïdienne fut liée avec une difficulté extrême, le tube laryngo-trachéal fut ainsi mis à découvert. M. Lutens, ayant à deux reprises fait des ponctions sur la face antérieure de cet organe, qui chaque fois fuyait sous la pression de l'instrument; se décida après ces tentatives infructueuses, à renverser forcément la tête en arrière. Par cette position la trachée était saillante et offrait une résistance convenable, fixant alors le tube aérien, avec le pouce et le médius de la main gauche, il plongea la pointe du bistouri dans la membrane thyro-cricoïdienne et l'incisa latéralement; tout à coup l'air s'en échappa en projetant du sang et du mucus, et bientôt il s'établit par la brusque pénétration de l'air dans la poitrine une succion de dehors en dedans tellement forte que tout le sang qui suintait de la solution de continuité, fut entraîné dans le canal trachéal. Le malade fut comme asphyxié dans ce moment; il eut quelques mouvements convulsifs, qui firent craindre une mort immédiate; M. Lutens plongeant alors un bistouri boutonné dans l'ouverture aérienne, incisa une partie du cartilage cricoïde. Il essaya ensuite d'introduire dans la plaie une canule en argent, d'un diamètre de deux lignes, mais tous les efforts du chirurgien échouèrent et force lui fut d'y placer provisoirement une sonde en gomme élastique; à l'instant même la respiration devint calme et libre; le malade exprima par des gestes son soulagement. La canule de gomme élastique ne put être maintenue que jusqu'à ce que le malade eut pris un instant de repos. Mais peu de temps après le départ de M. Lutens, la titillation de ce corps étranger enfoncé profondément dans la trachée-artère, provoqua une toux violente et une expectoration de sang veineux, ce qui nous détermina, M. Henrotay et moi, à essayer, au moyen d'instruments mousses, d'écarter les lèvres de l'incision et à y introduire la canule en argent. Après cette introduction le malade d'agité qu'il était devint calme, ses traits se ranimèrent, sa figure exprima le contentement et il nous fit comprendre par signes qu'il était soulagé. La respiration se fit presqu'entièrement par la canule et au lieu du cri bruyant qui l'avait

accompagnée, on n'entendit plus qu'un bruit modéré produit par l'air qui entrait et sortait par l'ouverture artificielle ; des mucosités sanguinolentes chassées par des expirations brusques sortirent de la canule, qui ne causa aucune gêne et qu'on nettoya souvent avec l'écouvillon pour empêcher la concrétion des mucosités. Le malade jouit d'un sommeil paisible, profond, qui se prolongea pendant toute la journée, et son état général fut des plus satisfaisants.

Le 25, l'opéré est tranquille, la tête légèrement soulevée, ses traits et ses gestes expriment le calme et le bien être; il n'éprouve qu'une légère douleur à la gorge, la déglutition est un peu gênée, mais donne libre passage aux liquides. La respiration est égale et ne provoque plus qu'un léger bruit dans l'inspiration et l'expiration. On ne cherche pas à faire proférer des paroles au malade; quelques mucosités sortent encore par la canule, dont l'obstruction rend la respiration plus difficile. En auscultant la poitrine, on entend toujours un souffle bronchique très-étendu sans respiration vésiculaire manifeste, un râle muqueux sonore qui disparaît en partie, quand par des expirations brusques les mucosités qui obstruent les bronches ont été expulsées. Du reste, le malade quoiqu'affaibli n'éprouve ni céphalalgie, ni étourdissements; son pouls est à 100, petit; la chaleur normale; l'appétit prononcé. — *On accorde quelques cuillerées de bouillon.*

Le 26, l'expression de la figure du malade est satisfaisante, il n'accuse pas la moindre douleur au pourtour de la plaie, ni à la gorge; la canule est à peine sensible dans la trachée-artère. La respiration régulière ne s'embarrasse que dans les mêmes circonstances que la veille. Du reste, amélioration progressive. — *Bouillon, laitage.*

Les jours suivants, le malade continue à se trouver bien, il ne souffre nulle part; la déglutition est peu gênée, la respiration est toujours facile et régulière. Quand on bouche la canule, un peu d'air passe par les voies naturelles, ce qui ne se fait pas lorsqu'elle est ouverte; à son orifice se produit un léger murmure, que l'on entend à peine quand elle est bien nettoyée. Les expirations brusques et sonores qui remplaçaient la toux ne s'observent plus, les crachats sont peu abondants et contiennent beaucoup de sérosité ; les lèvres de la plaie se couvrent de bour-

geons charnus et se rapprochent, la bouffissure de la face et du cou a disparu, la figure est allongée, la tumeur moins appréciable paraît avoir beaucoup diminué de volume. L'auscultation de la poitrine laisse entendre une respiration bronchique sans murmure vésiculaire manifeste, mais une expansion douteuse à gauche et un râle sonore sous-crépitant en arrière; le pouls est régulier 80, 84 puls.; l'appétit se prononce de plus en plus. On nettoye souvent la canule et on la change matin et soir, on continue les adoucissants, on augmente insensiblement les aliments. L'amélioration fait des progrès sous tous les rapports, le malade reprend ses forces et ses habitudes, se promène seul, commence à faire usage du bouchon, et respire, quand la canule est bouchée, sans le moindre bruit et avec la plus grande facilité. Il parle facilement quand la canule est bouchée, mais sa voix est toujours rauque et aphone; la déglutition est plus libre quand la canule est débouchée, et le malade ne sent aucune gêne de sa position.

Les considérations qui peuvent être déduites de cette observation étant trop nombreuses, je me bornerai à l'examen de celles qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt; et d'abord quelles sont les causes immédiates de tous ces accidents? Dépendent-ils de la présence de cette tumeur? Nous avons vu dans l'observation, qu'à trois reprises différentes Cuyper a été pris de phénomènes graves, qui l'ont obligé d'entrer dans les hôpitaux de Charleroy, d'Arlon et d'Anvers, qu'après un traitement de quelques jours, il est survenu un soulagement notable dans son état, et que la tumeur a toujours conservé à peu près le même volume. La persistance de cet obstacle à la respiration et à la déglutition, qui résistait à toute médication, augmenta nécessairement l'impressionnabilité de l'organe comprimé et l'exposa, comme cela a eu lieu, aux altérations de ses tissus. La présence de la tumeur qui rétrécissait le diamètre du larynx, la difficulté et les efforts que l'individu devait faire pour accomplir l'acte de la respiration, étaient des causes prochaines de laryngite. Cela posé, on ne sera pas éloigné d'admettre que le boursoufflement de la membrane muqueuse du larynx, produite par ses diverses phlegmasies, ait puissamment contribué à en augmenter l'occlusion, de sorte que ces deux obstacles devaient infailliblement, à une époque plus ou

moins reculée, déterminer une suffocation. Dans cette occurrence que restait-il à faire? Comment remédier à cet obstacle mécanique et de quelle manière prévenir une suffocation de plus en plus imminente? L'extirpation de la tumeur dont on ne connaissait pas l'étendue et dont la position était profonde, fut regardée sinon comme impossible au moins d'une entreprise trop difficile. Au lieu de vouer le malade à une mort certaine, on n'hésita pas d'employer la bronchotomie qui, dans des cas à peu près semblables, avait été couronnée de succès. Les résultats favorables que nous venons d'obtenir en montrent toute l'opportunité. L'amendement subit de notre malade après l'opération, est venu confirmer l'explication que nous avions donnée de son état pathologique. En effet, à peine la respiration est-elle établie par des voies artificielles, à peine la membrane muqueuse laryngée se trouve-t-elle, pendant quelques jours, à l'abri du contact de l'air et le larynx est-il privé des mouvements brusques et convulsifs de la respiration, que l'affaissement de la tumeur et du boursoufflement muqueux a lieu, et que l'introductiou de l'air par les voies naturelles peut se rétablir sans occasionner la moindre difficulté. Si la respiration est maintenant normale, le sujet n'en sera pas moins obligé de porter une canule à demeure, afin de prévenir les accidents auxquels il pourrait s'exposer dans la suite. Cet inconvénient, qui d'ailleurs est bien petit puisqu'il le cache par sa cravate, joint à un timbre de voix rauque et aphone, sont préférables à une existence précaire et assurent au moins la prolongation d'une vie dont la fin était proche et inévitable.

Si la connaissance des travaux de M. Barth ne nous eût rappelé que l'absence du murmure vésiculaire et la sonorité normale du thorax peuvent dépendre d'une occlusion du canal laryngo-trachéal, nous aurions d'abord admis l'existence d'un emphysème pulmonaire. Mais ces considérations jointes à la difficulté de la déglutition, l'altération de la voix, la faiblesse de la respiration bronchique, la gêne que le malade rapportait à la partie supérieure du larynx, la tumeur enfin et l'absence de toute autre altération thoracique, nous indiquèrent suffisamment que le siége du mal existait au commencement de ce canal.

La position à donner au malade pendant l'opération, offre

une attention particulière; lorsque la tête est renversée en arrière les téguments et les muscles sont tendus, le tube laryngé est saillant et résistant, et l'incision de chacune de ces parties est facile. C'est à l'impossibilité de maintenir cette position que nous devons attribuer et les difficultés et la longue durée de l'opération, qui, certes, est bien plus difficile qu'on ne se plaît à le reconnaître. Si, à plusieurs reprises, l'opérateur a porté la pointe du bistouri sur le larynx sans l'intéresser, nous devons encore en accuser la position verticale qui favorisait le déplacement de ce tube à chaque pression de l'instrument. On sait qu'entre les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, et devant la trachée et le larynx se trouve un espace rempli de tissu cellulaire dans lequel les instruments se logent, comme ils pourraient le faire dans le tube aérien même, c'est dans ce tissu cellulaire, qui déjà était dense chez notre sujet âgé, et que l'écoulement continuel du sang n'a pas permis de reconnaître, que la pointe du bistouri aura pénétré impunément. On ne saurait assez insister sur la nécessité de renverser, quand cela est possible, la tête en arrière dans la bronchotomie.

En suspendant l'opération, on a suivi un conseil généralement admis : que l'on doit éviter l'ouverture du larynx pendant une hémorrhagie. La difficulté que nous a présentée l'introduction de la canule, a dépendu de la position et des mouvements convulsifs qui agitaient le malade immédiatement après l'ouverture des voies aériennes. Une attention constante est nécessaire pour prévenir l'obstruction de la canule; la crainte de provoquer des accidents en la nettoyant avec l'écouvillon, dont il peut se détacher des fils, nous avait fait adopter une éponge fortement attachée à une tige; mais le meilleur moyen pour éviter tout inconvénient, est de changer souvent la canule, afin d'en détacher les mucosités qui s'y concrètent et y adhèrent fortement. A cet effet, il est indispensable d'avoir deux canules.

Anvers, le 14 décembre 1859.

UN MOT SUR L'APPAREIL INAMOVIBLE ;

Par F. PIERARD,
Docteur en médecine et en chirurgie à Charleroi.

L'appareil inamovible apporté d'Égypte par le baron Larrey, a subi jusqu'à ce jour plusieurs modifications heureuses, d'abord dans les mains de ce célèbre chef de la chirurgie militaire française, ensuite dans celles d'autres praticiens distingués, parmi lesquels nous nous plaisons à citer notre compatriote le docteur Seutin, à qui, sans contredit, il doit aujourd'hui ses plus grands avantages. Non-seulement, ce praticien a substitué l'amidon au mélange employé par M. Larrey, mais on sait que c'est lui qui le premier a établi le grand principe de la déambulation rendue possible et innocente, au moyen de son bandage, pendant toute la durée du traitement des fractures de la cuisse et de la jambe ; et c'est à tort que M. Bérard jeune a révendiqué la priorité de cette innovation, car s'il a quelquefois fait marcher ses malades, ce n'a été que dans les cas de fractures de la jambe et seulement vers la fin du traitement. C'est donc injustement, qu'un chirurgien célèbre, M. Velpeau, dans une note communiquée à l'Académie des sciences, a dit que M. Seutin n'avait droit dans l'application de cet appareil, qu'au moyen de solidification qu'il avait substitué à celui de M. Larrey.

Quoi qu'il en soit, les écrits publiés jusqu'à ce jour sur ce moyen thérapeutique, établissent à l'évidence ses avantages sur toutes les méthodes employées auparavant au traitement des fractures, et tout ce qu'on pourrait en dire d'après les écrits de Larrey, Seutin, Bérard, Velpeau, etc., etc., serait absolument superflu ; c'est un champ moissonné où il ne reste plus qu'à glaner. Chaque praticien peut bien y apporter quelque modification que son génie et les circonstances lui suggèrent, mais le fond de la méthode est immuable, elle restera toujours la même.

Nos réflexions n'ont donc point pour but de donner du nouveau, mais seulement de faire connaître au public médical les remarques que notre pratique nous a mis à même de faire sur une méthode devenue aujourd'hui quasi européenne, et que

tout praticien ami du progrès serait blâmable de ne pas adopter, tant sont grands les avantages qui doivent en résulter pour l'humanité.

Ce n'est que depuis trois ans que j'ai adopté moi-même ce moyen de contention, servile observateur jusque là des principes de l'école. L'empire des premières impressions est si puissant, qu'il faut des faits multipliés et sanctionnés par le succès, pour les effacer, tant il est vrai de dire : *quo semel est imbuta recens, servabit odorem testa diù.* Mais nourri de la lecture des beaux mémoires d'Hippolite Larrey, Seutin, Velpeau, etc., qui abondent en faits irrécusables et en raisonnements logiques, je n'hésitai plus à l'appliquer sur une quantité de fractures *de tous membres,* que ma position de médecin de plusieurs établissements houilliers me met à même de rencontrer si souvent, et je dois le déclarer ici, à l'honneur de la méthode, je n'ai jamais eu lieu de m'en repentir; tous les cas que j'ai traités de cette manière, ont été couronnés d'un plein succès.

Cet appareil, comme nous avons dit, est susceptible d'être varié à l'infini suivant les circonstances et le génie du chirurgien, son application ne se borne point au traitement des fractures; tous les jours, les praticiens intelligents savent l'approprier à une foule d'autres états pathologiques, c'est ainsi qu'à la suite de ces réflexions nous citerons un cas de son application au traitement du bec-de-lièvre.

M. Velpeau ayant adopté cette méthode à la Charité, prétend lui avoir fait subir des modifications avantageuses en remplaçant la solution d'amidon par celle de dextrine qu'il considère comme moyen de solidification préférable. Il reproche en outre à la méthode de M. Seutin, de ne pouvoir donner à la partie postérieure de l'appareil la même solidité que dans le reste de son étendue, à cause, dit-il, de l'impossibilité d'imprégner de la solution d'amidon la partie postérieure des bandelettes séparées, avantage qu'il obtient au moyen de sa bande roulée, trempée dans la solution de dextrine.

Nous ferons observer qu'à cet égard, en supposant, ce qui est loin d'être prouvé pour nous, que la solution de dextrine soit préférable à la solution d'amidon, que celle-ci devra toujours

être préférée à la première, comme étant d'un prix extrêmement médiocre, se trouvant partout, et pouvant être préparée à l'instant. Et quant au reproche qu'il adresse à l'appareil de M. Seutin, nous allons prouver combien il est facile d'éviter l'inconvénient qu'il signale, tout en faisant observer qu'il n'est pas toujours indifférent de se servir de la bande roulée ou du bandage de Scultet. C'est ainsi, par exemple, que dans les fractures de cuisse chez les adultes, et les fractures de jambe compliquées, l'appareil de Scultet doit toujours être employé préférablement à la bande roulée, afin d'éviter au patient les douleurs inévitables que lui occasionnerait la longue suspension du membre pendant l'application du bandage roulé, et dans ces circonstances on peut se comporter de deux manières pour éviter le reproche de M. Velpeau. Dans l'une : au fur et à mesure qu'on dispose les bandelettes sur le drap fanon, on enduit d'amidon la partie qui doit correspondre à la face postérieure du membre. Dans l'autre : le membre étant couché sur l'appareil, la première couche de bandelettes est appliquée comme dans l'ancien appareil, ensuite les bandelettes des deux autres couches sont successivement saisies une à une à chaque extrémité par l'opérateur et l'aide placé du côté opposé; l'opérateur tire à lui la partie correspondante à la face postérieure du membre, l'enduit d'amidon, l'aide la ramène ensuite à sa position; de cette manière, la partie postérieure sera nécessairement aussi solide que le reste, et tout cela se sera fait, sans faire exécuter le moindre mouvement au membre, ce qui est un avantage inappréciable sur l'appareil avec la bande roulée, qui exige, comme nous l'avons dit, une longue suspension du membre, pendant laquelle des douleurs inévitables sont causées au malade.

Quand des motifs quelconques exigent de visiter la fracture, M. Seutin conseille d'inciser l'appareil au moyen de forts ciseaux, qu'il a fait construire *ad hoc*. Je pense que le moyen dont je me sers, est préférable aux ciseaux, qui viennent encore grossir l'arsenal chirurgical déjà beaucoup trop compliqué; je me sers d'un fort bistouri ou scalpel et d'une plaque de bois longue de quelques pouces, et d'un pouce de largeur, que j'interpose entre le membre et l'appareil, et sur laquelle j'incise celui-ci, tantôt

de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Le vide qui se trouve entre le membre et l'appareil, lorsque cette indication se présente, permet toujours d'introduire facilement cette plaque entre l'un et l'autre.

Nous avons dit que l'appareil inamovible pouvait être modifié à l'infini et appliqué à une foule d'affections, et nous avons promis de donner un cas de son application au traitement du bec de lièvre. Eh bien, cette difformité congéniale est peut-être une de ces affections à laquelle cet appareil aura rendu le plus grand service.

En effet, pourquoi cette divergence d'opinions des auteurs relativement au moment opportun de délivrer l'enfant de ce vice de conformation? C'est, chez les partisans de l'ajournement à un âge de raison, la difficulté d'obtenir la réunion chez des êtres, dont la mollesse des lèvres et les vomissements presque continuels à cette époque de la vie forment un obstacle à la réussite de l'opération. S'ils avaient ajouté à ces motifs le peu de garantie de l'appareil secondant, ordinairement employé, qui, quelque bien qu'il soit appliqué se dérange bientôt et cesse dès lors de soutenir les parties, leur opinion ne serait pas sans fondement. Mais si à cet appareil, si facile à se relâcher, qu'il exige une réapplication journalière, et dont l'effet par conséquent n'est pas permanent, on supplée par un appareil solide, qui n'exige qu'une application, dont l'effet est constant et toujours le même, l'appareil inamovible, en un mot, on parera facilement aux inconvénients si redoutés des partisans de l'ajournement. Conçoit-on qu'avec un appareil qui réunit ces conditions, la mollesse des lèvres et les vomissements de l'enfant puissent être un obstacle à la réussite de l'opération? Pour nous, cela ne peut point faire une question. D'abord, quant aux vagissements de l'enfant dans les premiers jours de son existence, outre qu'ils sont peu à craindre par l'action des aiguilles et d'un bandage invariable, il est facile de les prévenir ou au moins de les modérer, en lui administrant de temps en temps une cuillerée à café de sirop de diacode, pour le tenir dans un état presque constant de sommeil, ordinaire d'ailleurs à cet âge. Et quant à la mollesse des lèvres jointe à leur grande vascularité, cet état, (par les raisons

que nous venons d'indiquer,) loin d'être un obstacle à la guérison, ne peut que le favoriser.

J'ai plusieurs fois pratiqué l'opération du bec-de-lièvre, simple ou compliqué, dans les premiers temps de l'existence, et si j'ai réussi assez souvent, ce n'a été qu'en réappliquant tous les jours avec soin, mais non sans peine, le bandage usité; mais je suis convaincu que je n'aurais jamais eu d'insuccès, si j'avais eu le bonheur de connaître le bandage amidonné, car dans aucun cas, je n'ai pu attribuer la non réussite à d'autre cause qu'au relâchement de l'appareil, les enfants n'étant pas à ma portée pour être visités tous les jours. Eh bien! au moyen de ce bandage, il suffira de les visiter le troisième et le quatrième seulement, pour ôter les aiguilles, et on trouvera alors l'appareil formant un véritable moule de plâtre, parfaitement adapté aux parties. On ne le levera que le huitième jour, pour rafraîchir la tête, et on le replacera ensuite avec la même facilité que si on y appliquait une calotte de cuir.

Par ce moyen, on évite les cris et les vagissements inévitables à chaque renouvellement de l'ancien appareil; l'enfant n'étant pas tourmenté par des pansements fréquents, s'habitue bientôt à la compression toujours égale du bandage; il sera moins exposé au gonflement des paupières inséparable de la compression trop forte qu'exerce toujours l'ancien appareil immédiatement après qu'il est appliqué, ou s'il survient, il sera léger et se dissipera bientôt; s'il lui arrive de pleurer, ce ne sera que quand il éprouvera quelque besoin de réparation, ou qu'il sera incommodé par le contact de quelque matière excrémentielle, mais alors, on sent combien il sera facile de tarir la source de ces cris, qui ne pourront jamais avoir d'influence funeste sur le résultat de l'opération, les bords de la plaie étant dans l'impossibilité de s'écarter par l'action constante d'un appareil immuable.

Pour achever de prouver l'efficacité de cette méthode, joignons l'exemple au précepte : madame Ch..., accoucha, dans le mois d'août 1839, d'un enfant mâle, bien développé, mais atteint d'un bec de lièvre compliqué de la division complète de la voûte palatine, de l'écartement et de l'aplatissement de l'aile gauche du nez et de la saillie du bord alvéolaire droit,

Quinze jours après sa naissance, cédant au désir des parents, j'opérai cet enfant, au moyen du bistouri dirigé sur une plaque de bois, après avoir séparé les adhérences qui existaient à l'angle supérieur de la division, afin de pouvoir plus facilement rapprocher cette partie qui se trouvait fortement écartée, comme nous l'avons dit, par le renversement de l'aile gauche du nez et la saillie du bord alvéolaire droit; ensuite deux aiguilles furent implantées dans les lèvres conformément aux principes indiqués, et l'appareil appliqué comme dans la méthode ordinaire, excepté que toutes ses pièces furent amidonnées, de manière à ne former qu'un tout, sans l'emploi d'aucune épingle. Le troisième jour, l'enfant fut visité, il était parfaitement tranquille, suivant des yeux les personnes qui l'entouraient; on n'avait dû lui donner que très-peu de sirop de diacode que j'avais prescrit; l'appareil formait un véritable *masque* de plâtre; les paupières étaient peu tuméfiées. Je me contentai d'ôter l'aiguille supérieure et le lendemain l'autre, et je laissai l'enfant jusqu'au huitième jour avant de le revoir.

A cette époque, la réunion était parfaite, les paupières tout à fait détuméfiées, l'enfant ne manifestait aucun signe de malaise, cependant je trouvai convenable d'ôter l'appareil pour visiter la tête, et pour cela, après avoir incisé la mentonnière et la petite bande qui passait sur les lèvres, l'appareil s'enleva comme un *masque*, et chose étonnante, malgré les huit jours que la tête n'avait été soignée, elle n'était ni gercée, ni échauffée. Après l'avoir lavée et essuyée, on y replaça l'appareil par dessus de nouvelles compresses graduées, sans plus de difficulté que si c'eût été un masque en plâtre. Une nouvelle bande fut appliquée autour de la tête et sur les lèvres pour maintenir ces compresses, et le bandage ne fut définitivement levé que le douzième jour, où la cicatrice fut trouvée complète et solide.

Réflexions. — Au moyen de cet appareil, comme on l'a vu, aucune épingle n'entre dans la confection du bandage, ce qui n'est pas un de ses moindres avantages, puisqu'on a souvent vu en résulter des accidents; tout l'appareil ne forme qu'une masse homogène, résistante, inamovible, offrant toutes les garanties

désirables et n'étant sujet à aucun des inconvénients de l'appareil ordinaire.

Ces avantages le feront préférer, sans nul doute, par tous les praticiens amis du progrès et des procédés simples, mais sûrs, à l'appareil ordinaire tel qu'il a été employé jusqu'à ce jour, si défectueux, si facile à se relâcher, et partant si peu efficace.

L'appareil amidonné appliqué au traitement du bec-de-lièvre, est fait, en un mot, pour rallier toutes les opinions relatives au moment opportun de délivrer l'enfant d'une difformité aussi désagréable et à la disparition de laquelle les parents sont si intéressés; par lui, les objections des partisans de l'ajournement de l'opération à plusieurs années, tombent à faux, puisque les motifs qui leur font craindre un insuccès, sont désormais écartés par suite de la solidité et de l'inamovibilité de l'appareil.

Pour mon compte, je me félicite d'en avoir eu l'idée, et si déjà j'étais partisan de l'opération du bec-de-lièvre dans les premiers temps de la naissance, je le suis devenu bien davantage encore depuis l'emploi de cet appareil, qui réunit, sans contredit, toutes les conditions voulues pour la réussite de l'opération.

—

Rapport sur le mémoire de M. Pierard (1)

Messieurs,

Ce mémoire, comme son titre l'indique, traite d'une des nombreuses applications de l'appareil amidonné. L'auteur commence par rappeler que l'appareil inamovible a subi plusieurs modifications heureuses entre les mains de MM. Larrey, Seutin et autres. Il révendique pour M. Seutin, contre M. Bérard jeune, la priorité de l'introduction de la déambulation, pendant toute la durée du traitement des fractures des membres inférieurs, en disant que M. Bérard n'a fait marcher ses malades que dans le cas de fractures de jambe et *seulement vers la fin du traitement*. Nous ferons observer que cette dernière phrase est inexacte; il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient. Or, voici ce que dit M. Bérard dans son mémoire (2) : « Lorsque la fracture

(1) MM. Leva et Henrotay, *commissaires*, et M. Vanmeerbeck, *Rapporteur*.

(2) *Mémoire sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures*; par Bérard jeune. (*Archives générales de médecine*, novembre 1833.)

» occupe la jambe, le malade n'est pas condamné à rester au lit pen-
» dant la durée du traitement ; il peut *dès le troisième jour*, se lever,
» se promener à l'aide de béquilles et vaquer à ses occupations. »

L'auteur refute ensuite l'objection élevée par M. Velpeau (ou plutôt, pour le dire plus exactement, par un des rédacteurs du Bulletin général de thérapeutique (1), contre le bandage de M. Seutin, de ne pouvoir donner à sa partie postérieure la même solidité que dans les autres endroits lorsqu'on se sert de bandelettes séparées.

Il indique deux moyens pour parvenir à ce but.

Il propose ensuite pour remplacer les ciseaux de M. Seutin dans les circonstances où le membre doit être visité, un moyen qu'il croit préférable. Nous croyons qu'il ne sera pas toujours facile d'introduire une plaque en bois entre le membre et l'appareil, car il peut exister d'autres circonstances, que le vide survenu, qui réclament l'incision du bandage ; ensuite cette plaque doit s'accommoder difficilement à la courbure du coude-pied, quand c'est la partie correspondante du bandage qu'on doit inciser.

Après ces préliminaires l'auteur parle du service que peut rendre l'appareil amidonné dans le traitement du bec de lièvre. Pour preuves à l'appui de cette assertion, il rapporte un exemple de succès obtenu par ce procédé.

Messieurs, votre commission, en me nommant rapporteur de ce mémoire, m'a imposé une tâche honorable mais bien délicate, puisqu'elle me force de parler de moi.

Lorsque le 24 juillet de cette année, je défendis ma thèse sur l'appareil amidonné, pour l'obtention du titre académique de docteur de l'Université catholique de Louvain, je disais à la page 114 de ma dissertation (2). « On s'est plaint depuis longtemps qu'aucun des bandages
» proposés pour le pansement après l'opération du bec de lièvre,
» n'était en état de rester appliqué sans se déranger, jusqu'à la réunion
» de la lèvre divisée. Que ne les enduit-on d'amidon ? à l'aide de cette
» petite précaution ils ne se dérangeront plus. » Les limites imposées à un travail de ce genre déjà trop long, ne me permirent pas de développer ultérieurement l'idée que j'avançais alors.

Aujourd'hui je vois avec beaucoup de plaisir qu'un praticien distingué, probablement (3) sans connaître mon travail, a eu la même idée

(1) *Note sur un nouveau perfectionnement de l'appareil inamovible ;* par B E. N° du 28 février.

(2) *Considérations sur l'emploi de la compression circulaire permanente amovible.* Louvain. 1839.

(3) Il est plus que probable que M. Pierard n'a pas eu connaissance de mon travail, puisque ma thèse n'a été tirée qu'à un petit nombre d'exem-

que moi, qu'il l'a développée et prouvée par l'expérience. Cette communauté d'idées prouve de combien de nouvelles formes et de modifications diverses le bandage amidonné est susceptible, et réalise déjà une des prédictions de l'inventeur de cet appareil.

Ces considérations nous portent à vous proposer, messieurs, l'insertion de ce mémoire dans vos annales, et la nomination de M. Pierard comme membre correspondant.

Anvers, 23 novembre 1839.

OBSERVATION D'UN CAS DE MONSTRUOSITÉ,

ADRESSÉE A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS;

Par J. J. HOEFNAGELS,

Docteur en médecine et en l'art des accouchements, à Oorderen, membre correspondant.

> « Un puissant motif à recueillir toujours avec soin tous les cas possibles de monstruosités, et à les décrire avec détails, c'est que ces monstruosités sont une des meilleures sources où nous puissions puiser des lumières sur le mécanisme de la génération et sur la série des développements par lesquels passent tout l'être et chacune des parties de son corps en particulier. »
>
> (*Dictionnaire des sciences médicales*, tome 34).
>
> CHAUSSIER et ADELON.

La fille Isabelle J..., âgée de 26 ans, d'une bonne constitution, d'une taille ordinaire, d'une santé florissante, n'ayant jamais été malade, ne se marie qu'au cinquième mois de sa grossesse, le 10 avril 1839, au nommé Thys, Pierre, journalier à Oorderen, aussi âgé de 26 ans, homme d'une forte taille, d'une constitution des plus robustes, n'ayant eu pour toute maladie qu'une petite vérole confluente en 1834. Le 17 juin 1839, à trois heures du matin, Thys vient m'appeler pour voir sa femme, qui éprouvait des coliques violentes depuis une heure. Je lui observe que c'est

plaires et que je n'en ai envoyé que trois à Charleroi à M. Fromont père, M. Schoenfeld et M. F. Cunier. (*Note du rapporteur.*)

sans doute le travail qui se déclare; il m'objecte que sa femme n'était qu'à la fin du septième, tout au plus au commencement du huitième mois de sa grossesse. En arrivant je touche immédiatement la femme, le col est dilaté et la poche des eaux se forme. Je fais chercher la sage-femme de Milenarsdenck pour terminer l'accouchement que j'annonce prochain, et je me retire. Environ une heure et demie après, le mari revient en toute hâte, me priant d'arriver promptement parce que la sage-femme se trouve très-embarrassée. En effet, l'enfant présentait la tête, mais on ne trouvait ni tumeur arrondie solide, ni fontanelles, ni sutures. S'arrêter à une position des fesses n'était pas admissible, ne trouvant ni anus, ni méconium au doigt, ni coccyx, ni hanche. A mon arrivée qui est immédiate, l'accouchement se termine par les seules forces de la nature. La délivrance a lieu 20 minutes après, sans peine; le placenta est très-volumineux. J'examine l'enfant, ou pour mieux dire le monstre; il est du sexe féminin; il vit, il respire. Le cœur bat visiblement et avec force en dessous du sternum sous l'apophyse xyphoïde. Il donne de 95 à 101 pulsations par minute; un quart-d'heure après il ne présente plus que 55 à 60 pulsations. Je regrette de ne pas avoir eu l'idée de vérifier le pouls au bras existant. De la bouche sortent des glaires, du mucus comme chez les autres nouveau-nés; la langue fait divers mouvements comme pour pousser en dehors. La déglutition a lieu : trois à quatre cuillerées à café d'eau sucrée sont données sur ma demande par la garde-couche; il est juste de dire qu'une grande partie en a été répandue. Voulant voir si la sensibilité existe, je prends une grande épingle que j'ai sous la main, et je pique sur les fesses; l'enfant remue et retire les jambes; poussant l'épingle sur le thorax à droite et à gauche, il se rejette du côté opposé, mais pas de cri, pas même quelque chose qui y ressemble. Une demi-heure après la naissance, ce monstre cesse de vivre. Le cœur diminue peu à peu ses contractions, la respiration devient plus lente, et une petite convulsion termine son existence. Le linge dans lequel il m'a été apporté, était tacheté de méconium; en mettant le monstre le soir dans un bocal il est encore sorti du méconium de l'anus.

Le cerveau, ou ce qui en tient lieu, est renfermé dans une

membrane; il est divisé en deux lobes (1). Le crâne ne présente pour tout os qu'une partie du frontal, une partie des temporaux et une partie de l'occipital. L'œil droit est bien développé, les traces du gauche s'y trouvent. Le nez manque; les fosses nasales sont manifestes; un bec de lièvre effrayant existe à la lèvre supérieure. Sur la poitrine, au milieu du sternum, on remarque une excroissance quasi cornue, pouvant fort bien être le rudiment du bras droit; le bras gauche existe, mais la main est remplacée par une masse charnue ayant quelques traces des doigts. Au poignet existe une petite ouverture dans laquelle j'ai pu introduire un stylet jusqu'à la tête de l'humérus. Une membrane très-mince tient lieu de parois abdominales.

Le cordon ombilical est assez bien conformé. Les parties génitales externes et l'anus sont dans l'état naturel. Les cuisses bien conformées, les jambes et les pieds contournés. En général l'aspect est hideux et rebutant.

Ici se présente naturellement une question : l'imagination de la mère peut-elle produire une monstruosité? Cette théorie admise autrefois (et peut-être encore aujourd'hui,) par des médecins très-instruits, des personnes très-éclairées, ne souffre presque plus de discussion. Soumise à l'examen sévère de la raison, elle tombe d'elle-même. Que ses partisans, pour étayer leurs opinions, nous citent tous les faits, que depuis si longtemps l'on s'est plu à enregistrer; qu'ils commencent par la princesse, accusée d'adultère pour avoir mis au monde un enfant noir, et qu'Hippocrate a fait absoudre; qu'ils citent encore les brebis de Jacob dont parle l'Écriture, et qu'ils finissent par toutes les singularités, pour ne rien dire de plus, qu'on trouve dans les éphémérides des curieux de la nature, dans le journal des savants, etc.; qu'ils nous rapportent sérieusement qu'ici un enfant est né avec une tête de porc, que là une femme est accouchée d'un animal ne différant en rien du brochet, je leur dirai avec Richerand : « Il ne faut point ajouter une trop ferme croyance à tout ce que contiennent d'extraordinaire sur ce sujet, les écrivains de l'antiquité et même ceux des derniers siècles. » Je leur dirai avec J. B. Demangeon : « C'est en discutant et en comparant les faits

(1) Voyez la planche ci-jonite.

entre eux, c'est en suivant fidèlement les indications de l'observation judicieuse et de l'analogie, que tout le prestige des merveilles imaginaires s'évanouissent en une fumée grossière et nauséabonde. »

J'admets cependant une certaine influence du moral de la femme sur le physique de l'enfant, pouvant vicier plus ou moins sa conformation. L'impression morale modifie la digestion, une sécrétion, toute fonction quelconque, pourquoi n'en pourrait-il pas être de même de la génération?

Dans l'espèce, l'imagination de la mère n'a eu aucune influence sur la production de la monstruosité que je vous offre. La femme a été interrogée plusieurs fois et scrupuleusement, toujours elle a répondu à mes diverses questions : que pendant tout le cours de sa grossesse aucune terreur, aucun chagrin ne l'avait tourmentée; qu'aucun objet ordinaire ou extraordinaire ne lui avait inspiré ou de l'étonnement ou de la crainte; que jamais elle n'avait entendu parler de monstruosité avant ou pendant sa gestation; que jamais elle n'avait eu l'idée qu'elle n'aurait pas mis au monde un enfant bien conformé; qu'aucun événement ne lui avait procuré une joie immodérée. Interrogée si au commencement de sa grossesse elle ne s'était pas trop serrée pour la cacher, si elle n'avait pas été fortement inquiète par l'idée, que son mariage n'aurait pas eu lieu, elle a constamment répondu : qu'elle était heureuse d'être enceinte et qu'étant aussi sûr de son futur que d'elle-même cette mauvaise pensée ne lui était jamais venue. J'ai poussé l'indiscrétion jusqu'à demander à la femme et à son mari si pendant les actes de coït qui précédèrent la grossesse, ils n'avaient pas eu de frayeur, ayant été surpris ou croyant l'être? leur réponse a été négative.

De toutes ces réponses il résulte clairement, que la production de ce monstre ne peut nullement être attribuée à l'imagination de la mère. Admettrons-nous donc qu'il y a eu vice primitif dans le germe? ou que c'est par suite de maladie contractée dans le sein maternel. Je penche fortement pour la dernière hypothèse.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Messieurs,

L'observation que M. le docteur Hoefnagels a adressée à la Société de médecine d'Anvers nous a paru très-remarquable et digne du plus haut intérêt, d'autant plus qu'elle se trouve accompagnée de la pièce anatomique.

L'auteur, après une courte introduction, entre de suite en matière et nous fait une description détaillée et très-exacte du monstre, de sorte qu'il ne nous reste rien à y ajouter, si ce n'est ce que l'autopsie nous a offert de remarquable.

Tête. — Les deux poches tégumentaires qui tiennent la place du crâne ont été ouvertes par une incision d'avant en arrière; elles contenaient une bouillie granuleuse de couleur rouge brique; en introduisant le doigt dans l'une d'elles, nous avons trouvé qu'elles communiquaient ensemble au moyen d'une ouverture arrondie, placée à la partie antérieure de la tête et dont les contours étaient formés à la partie inférieure par les os de la base du crâne et à la partie supérieure par une bride ligamenteuse, qui nous a semblé être la faulx du cerveau; entre la peau de ces poches et la bouillie cérébrale, on distinguait parfaitement la dure-mère, qui était très-résistante.

Rachis. — Le canal rachidien était parfaitement conformé il renfermait à l'intérieur, la moëlle d'une couleur rosée et d'une consistance molle, mais toutefois plus résistante que la bouillie cérébrale.

Abdomen. — Cette cavité offrait une ampleur plus considérable que dans l'état ordinaire, par suite de l'absence de la cavité droite de la poitrine. En effet, le foie qui était très-volumineux remontait jusqu'à la clavicule droite, que l'on pouvait facilement sentir; du reste tous les viscères abdominaux étaient parfaitement bien conformés. Dans la cavité péritonéale nous avons trouvé une matière rougeâtre, d'une consistance solide et s'écrasant en granulations sous la pression du doigt. Cette substance était-elle du sang desséché? nous ne saurions le dire; du reste nous n'avons rien observé qui put faire croire à un épanchement sanguin dans le ventre. Les parois abdominales étaient tégumentaires à gauche dans une petite étendue et à droite dans la partie correspondante à la cavité thoracique; ailleurs elles étaient formées par une membrane brunâtre desséchée, demi-transparente, se déchirant avec la plus grande facilité.

(1) MM. Bulckens, Schoeffer, *commissaires*, et Mattheyssens, *rapporteur*.

Thorax. — Comme nous venons de le dire la cavité droite de la poitrine manquait ; celle du côté gauche était bien conformée et renfermait un poumon et le cœur ; le diaphragme n'existait aussi que de ce côté. Ayant enlevé les viscères pectoraux, nous avons plongé le poumon dans de l'eau, le tout s'est précipité au fond, il en a été de même de ce viscère coupé par tranches à l'exception d'une partie fort minime.

Tels sont, messieurs, les détails exacts de notre autopsie, ils sont de nature à faire naître les réflexions suivantes :

1° L'enfant a respiré et cependant le poumon presqu'en totalité a submergé, ce qui vient à l'appui de ce fait que des mouvements respiratoires peuvent avoir lieu, sans qu'il en résulte nécessairement l'ampliation du poumon par l'air atmosphérique ;

2° Le monstre vivant piqué avec une épingle sur les fesses et sur le thorax a remué ; cependant le cerveau ne forme qu'une bouillie homogène. Ce fait vient-il à l'appui de cette opinion que c'est la moelle allongée qui est le centre de la sensibilité? ou bien les nerfs dans certaines conditions ne peuvent-ils pas être irritables dans l'absence de la partie cérébro-spinale du système nerveux. Pour l'espèce nous adoptons cette dernière opinion, en effet le cerveau et la moelle épinière étaient loin d'offrir une structure normale et certes leur état ne peut être attribué à une altération cadavérique puisque le monstre a été parfaitement bien conservé dans de l'esprit de vin ; d'ailleurs immédiatement après la mort, ne voit-on pas les stimulations galvaniques produire des mouvements contractiles dans nos fibres musculaires et dans les membres inférieurs d'une grenouille détachés de la partie supérieure du corps, surtout si l'on a la précaution de conserver les nerfs lombaires ?

3° Le cœur du monstre vivant s'est contracté d'une manière bien évidente. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Brachet, à savoir que les mouvements du cœur sont indépendants de l'influence du cerveau et de la moelle épinière ; mais que c'est le grand sympathique qui préside à ces contractions.

Après la description du monstre l'auteur entre dans quelques considérations sur l'influence de l'imagination de la mère sur la conformation du fœtus. Dans l'espèce cette influence a été totalement nulle.

Votre commission vous propose, messieurs, de publier dans les Annales de la Société l'observation de M. Hoefnagels.

Anvers, le 30 décembre 1839.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES (1).

CONSIDÉRATIONS

SUR LA COÏNCIDENCE ET LA CONNEXION DES MALADIES DES ORGANES DIGESTIFS AVEC LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale de Bruges, dans sa séance du 4 décembre 1838,

PAR E. WEMAER,

Docteur en médecine, membre résidant de cette société et correspondant de la société de médecine de Gand, médecin des prisons, du bureau de bienfaisance et membre du comité de vaccine de la ville de Bruges.

Ayant observé qu'un certain nombre de malades, avant d'offrir les symptômes caractéristiques de la phthisie pulmonaire, étaient atteints d'une maladie plus ou moins grave de l'estomac ou des intestins : ayant remarqué que, chez d'autres, cette maladie gastro-intestinale venait fréquemment compliquer la consomption pulmonaire; qu'enfin, dans l'un comme dans l'autre de ces cas, la phthisie se développait ou marchait avec une promptitude et une intensité plus grandes qu'en dehors de ces circonstances : j'ai conclu de ces diverses observations que les maladies du tube digestif exerçaient une influence marquée sur le développement et la marche de la phthisie. C'est à l'examen de cette question que je destine les considérations, que je vais avoir l'honneur de présenter à la Société.

Le premier fait, qui m'a suggéré les idées que je viens d'émettre, est relatif à une jeune femme qui devint malade vers la fin de 1832.

Issue d'une famille saine et n'ayant antérieurement éprouvé aucun des symptômes qui indiquent l'existence de la phthisie,

(1) La Société médico-chirurgicale de Bruges fut instituée en 1815 et réorganisée en 1838. Elle s'est formée de deux anciennes et illustres Sociétés, dont l'une, celle de chirurgie, fut érigée au 14e siècle; et l'autre, celle de médecine, fut instituée en 1664.

cette femme vit peu à peu son appétit diminuer en même temps qu'elle éprouvait du malaise durant ses digestions et une sensation de gêne à l'épigastre. Cet état se compliqua plus tard de douleurs abdominales et d'une diarrhée assez abondante. Lorsque je fus appelé chez la malade, elle offrait tous les symptômes d'une gastro-entérite chronique. Cette affection, exaspérée d'abord par un traitement excitant et plus tard par des imprudences dans le régime alimentaire, s'était si profondément enracinée qu'aucun moyen ne parvint à y remédier. La faiblesse et l'amaigrissement étaient devenus considérables, sans que néanmoins la poitrine offrit jusqu'alors aucun symptôme morbide. Un jour, la malade qui avait gardé la chambre pendant plusieurs mois, étant allée à l'air, se trouva bientôt atteinte d'une bronchite. En peu de jours, l'auscultation de la poitrine fit découvrir le râle caverneux et la pectoriloquie dans le poumon droit. Dès lors se développèrent rapidement tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, qui ne tarda point d'entraîner la malade au tombeau.

Ce fait excita mon attention sous le rapport du début si subit et de la marche si rapide d'une phthisie pulmonaire se développant chez une personne qui n'en avait présenté antérieurement aucun signe, et qui était issue d'une famille saine. Durant le cours de la gastro-entérite qui précéda la phthisie, l'examen de la poitrine n'y avait point indiqué de lésion. Ce n'est que lorsqu'une longue maladie eut délabré les organes de l'alimentation, que l'affection pulmonaire se développa, et une légère cause occasionnelle signale ce développement. Ne semblerait-il pas que cette phthisie se soit préparée depuis longtemps, et, pour ainsi dire, formée peu à peu dans l'organisme de la malade?

Parmi les faits analogues au précédent, je rappellerai encore le cas d'un jeune homme de 25 à 30 ans, ayant éprouvé pendant quelque temps une légère toux sèche, mais n'ayant offert aucun autre signe local ou général de la phthisie. Il n'existait d'ailleurs dans sa famille aucune personne qui eût souffert de cette maladie. Ce jeune homme était depuis quelques jours atteint d'une gastrite aiguë, lorsque je fus appelé. Il avait fait antérieurement des excès et sa constitution était affaiblie. Un traitement anti-

phlogistique le guérit de l'inflammation de l'estomac. Mais, durant la convalescence, il commença d'avoir des sueurs nocturnes très-abondantes. La poitrine qui, examinée antérieurement, n'avait présenté aucune lésion appréciable à l'auscultation et à la percussion, offrit alors de la matité et du râle muqueux dans le poumon droit. Peu à peu les symptômes locaux et généraux de la phthisie se produisirent. Le bon état de l'estomac permit d'accorder au malade une nourriture substantielle, au moyen de laquelle il put encore longtemps prolonger son existence. Il finit néanmoins par succomber à la désorganisation pulmonaire.

Ce fait nous montre une maladie des organes digestifs servant, en quelque sorte, de condition préparatoire à la phthisie. Il est vrai que le malade avait antérieurement une légère toux sèche. Mais, comme il a été dit, aucune autre circonstance ne pouvait se rapporter à la présomption de l'existence ou du développement d'une phthisie. L'on voit donc encore dans ce cas, lorsque l'alimentation et la nutrition sont lésées dans leurs sources, se produire rapidement cette funeste maladie pulmonaire.

Lorsque les maladies du tube digestif se développent pendant le cours de la phthisie, j'ai toujours remarqué que cette complication, même quand elle n'avait que peu de durée, aggravait notablement l'état général des malades; et que, lorsqu'elle survenait dans une période avancée, on voyait succomber les phthisiques avec une promptitude très-marquée. Les symptômes pulmonaires pouvaient éprouver une amélioration momentanée, par suite de l'existence de la maladie du tube digestif; mais l'état général des malades en éprouvait toujours et promptement une grave atteinte. On peut dire qu'ils tombent alors dans un véritable état colliquatif, et qu'il semble qu'une dissolution organique s'opère chez eux; du moins ne tardent-ils point à succomber à une consomption qui, en se manifestant spécialement dans les poumons, paraît néanmoins atteindre tout l'organisme.

Les faits qui précèdent et auxquels je pourrais en joindre d'autres semblables, ainsi que les considérations qui les accompagnent, me semblent démontrer l'influence marquée des maladies du tube alimentaire sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire. La nature et le mode de cette influence

sont, en quelque sorte, indiqués par l'examen des faits dont il est question. Car, lorsque les fonctions alimentaires se trouvent gravement et pendant longtemps compromises par une lésion des organes dévolus à leur exercice, l'hématose doit nécessairement s'opérer d'une manière incomplète et la nutrition générale du corps se trouver détériorée; de là nécessairement aussi des altérations notables dans la composition des solides et des liquides et une déperdition graduelle des principaux éléments organiques du corps humain. L'existence de ces conditions pathologiques me paraît éminemment favoriser la production ou le développement des tubercules pulmonaires ou de la phthisie, qui n'est en quelque sorte que leur manifestation. Tels me paraissent être la nature et le mode d'influence que les maladies des organes digestifs exercent sur la consomption pulmonaire.

Maintenant, la phthisie pourrait-elle être prévenue ou guérie, alors qu'on aurait obtenu la guérison des maladies du tube alimentaire dont elle est précédée ou dont elle s'accompagne? Je pense que la cure prophylactique ne pourra s'opérer que chez les individus qui ne seront pas atteints de la funeste organisation qui rend, pour ainsi dire, inévitable le développement de la consomption pulmonaire. Mais, lorsque cette fatale prédisposition n'existe point, ou lorsque les malades ne sont point considérablement affaiblis par des excès ou des affections antérieures, je suis persuadé qu'on peut prévenir ou retarder notablement la production de la phthisie. Ainsi, chez la jeune femme qui fait le sujet de ma première observation, je crois que si la gastro-entérite eût été combattue dès le début par des moyens efficaces, la consomption pulmonaire aurait pu être prévenue. Chez elle, en effet, il n'existait point, au début, de ces conditions organiques ni des circonstances de famille qui doivent faire présager la phthisie. Ce n'est qu'à la suite d'une maladie chronique du tube digestif, qui a épuisé la constitution de la malade, que l'on voit tout à coup cette funeste affection pulmonaire faire explosion.

Lorsqu'il s'agit des maladies du tube digestif qui surviennent pendant le cours de la phthisie pulmonaire, leur guérison est toujours d'une utilité évidente, et si elle ne peut arrêter le développement de cette funeste affection, au moins en retardera-t-

elle l'issue fatale. Ainsi il est manifeste pour moi que le jeune homme, qui fait le sujet de ma seconde observation, dut au rétablissement des fonctions digestives d'avoir pu résister pendant longtemps aux ravages destructeurs de la phthisie pulmonaire qui le consumait.

Tous les cas de maladies gastro-intestinales, que j'ai observés pendant ou avant l'existence de la phthisie, offraient, au moins au début, un caractère manifestement inflammatoire. Aussi est-ce par le traitement antiphlogistique que j'ai obtenu des avantages. C'est néanmoins avec une sage réserve qu'il me paraît qu'on doit employer ces moyens, surtout lorsqu'il existe déjà des symptômes non douteux de phthisie et plus encore lorsque cette maladie est avancée dans sa marche. Il est évident, en effet, qu'une diète prolongée ou des soustractions sanguines un peu abondantes seraient nuisibles dans ces circonstances. Mais il importe beaucoup, il faut le répéter, de faire la cure de ces maladies gastro-intestinales avec toute la promptitude et l'activité que réclament les conditions individuelles des malades. Je pense d'ailleurs qu'il existe des circonstances où la maladie gastro-intestinale, même alors qu'elle aurait été inflammatoire, étant bien guérie, une médication tonique peut être utile. Les préparations ferrugineuses peuvent procurer des avantages alors, surtout chez les organisations débiles et lymphatiques : celles de quinquina peuvent également être employées avec utilité.

A l'époque où le mémoire précédent fut écrit, je m'étais borné à présenter quelques considérations que l'observation m'avait suggérées sur l'objet dont il est question. Je n'ignorais pas que des médecins très-distingués avaient constaté la complication des maladies gastro-intestinales avec la phthisie pulmonaire. Mais je pensais, et je suis encore de cette opinion, que la plupart n'ont pas accordé à cette coïncidence toute la valeur que je crois devoir lui attribuer. Ces médecins, en effet, se contentent, en général, de constater cette coïncidence sans signaler les rapports et la connexion que ces maladies peuvent avoir entr'elles. Toutefois, je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de citer, à l'égard de l'objet

dont il s'agit, les principales observations de quelques-uns des médecins les plus distingués de l'époque et qui ont écrit des traités spéciaux sur la matière.

Laënnec, dans son admirable ouvrage sur les maladies des poumons et du cœur, parle fort peu de la coincidence des maladies du tube digestif avec la phthisie pulmonaire; et nulle part il ne fait remarquer un rapport de développement entre ces deux espèces de maladies. Il dit seulement, à l'art. *Phthisie irrégulière manifeste*, que, dans les phthisies précédées par une longue diarrhée, la mort suit de près l'expectoration et les autres symptômes locaux de la maladie pulmonaire. A l'art. *Phthisie latente*, Laënnec observe ensuite que quelques phthisies commençant par la diarrhée arrivent au terme fatal sans avoir jamais été accompagnées de toux et d'expectoration, fait que M. Portal, dit-il, connaissait déjà lors de la publication de ses *observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire*. Mais, ajoute Laënnec, alors ordinairement on ne trouve dans le poumon que des tubercules crus. Ainsi, quoique le savant médecin, dont je cite les observations, n'insiste point d'une manière spéciale sur les coïncidences des maladies du tube alimentaire avec la phthisie, néanmoins les faits qu'il signale démontrent assez qu'il appréciait les conditions dans lesquelles cette coïncidence s'opère.

Le docteur Louis, dans son beau *Mémoire sur le ramollissement avec amincissement et sur la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac* (1) observe (2) que la phthisie était l'affection principale de la plupart des malades chez lesquels il constata les lésions de l'estomac dont il vient d'être question : et il ajoute (3) que ces lésions peuvent accélérer de beaucoup le terme fatal de la maladie pulmonaire ou autre auxquelles elles sont jointes. Mais ce médecin, dans cet ouvrage, comme dans ses recherches spéciales sur la phthisie, se borne à constater, par des faits, la coïncidence de la consomption pulmonaire avec les maladies du tube digestif.

(1) Paris, 1826.
(2) Page 53.
(3) Page 67.

Un auteur qui insiste plus particulièrement sur la connexion étiologique qui peut exister entre ces affections, c'est le docteur J. Clarck (1). Après avoir remarqué (2) qu'il résulte des observations du docteur Louis que les affections gastriques se présentent, dans le cours de la phthisie, de deux à six mois avant la mort, il ajoute qu'il a reconnu l'existence de ces maladies gastriques pendant une bien plus longue période de temps et même bien avant qu'il se fût présenté aucun symptôme de maladie pulmonaire.

Le docteur Clark cite ensuite quelques cas à ce sujet. A l'article des causes de la phthisie, il observe (3) que l'état imparfait des fonctions digestives et l'excitation de leurs organes peuvent, aussi bien qu'une insuffisance de l'alimentation, conduire finalement à une maladie semblable. Et que, quoique la forme et le caractère général de cette maladie puissent différer, néanmoins dans les deux cas le résultat est le même, c'est-à-dire la production de la cachexie tuberculeuse. Le médecin anglais remarque à cet égard combien ces conditions pathologiques sont en général peu comprises et peu appréciées, même par les médecins. Il finit par insister sur la cure prophylactique de la phthisie chez les jeunes gens, par une bonne direction du régime alimentaire.

Le pathologiste qui, à ma connaissance, a le plus spécialement traité de l'importante question dont il s'agit, c'est le professeur Andral. Ce savant médecin constate d'abord (4) la fréquente complication de la phthisie pulmonaire par les affections gastro-intestinales. Il insiste plus particulièrement ensuite (5) sur les phthisies dont le début est marqué par une inflammation aiguë de l'estomac, avant qu'aucun symptôme de tubercules pulmonaires soit appréciable; et il est porté à croire que dans ces cas, où la gastrite a précédé l'invasion de la phthisie, cette dernière a eu pour cause première l'inflammation du ventricule. Il expli-

(1) *A treatise on pulmonary consumption.* London. 1835.
(2) Page 157.
(3) Page 230.
(4) *Clinique médicale.* Paris, 1829. Tome II, page 276 et suivantes.
(5) Page 290.

que d'ailleurs l'influence de cette cause par une irritation sympathique exercée sur le poumon par la maladie de l'estomac. Mais certes cette explication paraîtra au moins très-hypothétique à tout médecin qui réfléchira attentivement sur cet objet. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, M. Andral conclut de ses observations et des faits qu'il rapporte (1) que les gastrites aiguës, qui surviennent dans la première période de la phthisie pulmonaire, peuvent exercer sur celle-ci la plus funeste influence : et que, durant les périodes suivantes, le plus souvent l'inflammation gastrique produit une exaspération marquée dans les symptômes de la maladie pulmonaire. Plus loin (2) le docteur Andral parle des affections de l'intestin qui accompagnent ou précèdent la phthisie; et, dans un résumé général sur ces différents cas, il fait les remarquables observations que voici : Nous avons vu, dit-il, des individus depuis longtemps atteints d'une diarrhée chronique lorsqu'ils étaient soumis à notre investigation. Ils étaient déjà dans un état de marasme plus ou moins avancé ; ils avaient un mouvement fébrile continu avec redoublement une ou deux fois par jour; d'ailleurs ils ne toussaient pas et n'avaient jamais toussé; leur respiration était libre; l'auscultation et la percussion annonçaient un état sain du parenchyme pulmonaire. Il n'y avait chez eux, si l'on peut ainsi dire, que *phthisie intestinale.* Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, un peu de toux commençait à se manifester; les profondes inspirations devenaient impossibles, des hémoptysies plus ou moins abondantes avaient lieu; d'ailleurs l'auscultation et la percussion ne donnaient encore aucun renseignement; mais l'ensemble de ces symptômes était suffisant pour nous porter à soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires, qui, développés consécutivement à la phthisie intestinale, en devenaient une funeste complication. Si alors les individus mouraient, nous trouvions effectivement des traces d'inflammation chronique du côté de l'intestin, tandis que dans le poumon il n'y avait encore que des tubercules crus et peu nombreux. D'autres fois les malades pro-

(1) Pages 294 et suivantes.
(2) Pages 305 et suivantes.

longeaient plus longtemps leur existence; ils ne succombaient que lorsque le parenchyme pulmonaire s'était creusé des cavernes dont l'auscultation avait annoncé la présence. Nous nous sommes convaincu, ajoute M. Andral, par l'observation, que les individus atteints d'une entérite chronique ont une funeste tendance à devenir phthisiques par le poumon. Une légère bronchite peut alors donner rapidement lieu à de nombreux tubercules et dès lors toute guérison est impossible; car ce n'est point avec un ensemble de circonstances semblables qu'on peut espérer que s'effectuera la cicatrisation des cavernes.

Ce résumé général des observations du docteur Andral sur la complication de la phthisie par les maladies gastro-intestinales prouve toute l'importance que le savant médecin français attache à la coïncidence de ces deux ordres de maladies. Je regrette de n'avoir pas consulté son excellent ouvrage lors de la rédaction de mon mémoire; mais, d'un autre côté, je vois avec satisfaction que l'illustre professeur de Paris insiste également sur le rapport de coïncidence et d'origine que j'avais cru devoir signaler d'une manière toute spéciale entre les deux ordres de maladie dont il est question dans mon mémoire. Quoique M. Andral n'ait pas donné à cette opinion toute l'étendue qu'elle comporte, néanmoins les passages que j'ai cités de la clinique et surtout le dernier, prouvent hautement combien il reconnaît d'influence à la lésion des organes gastro- intestinaux sur le développement de la phthisie pulmonaire; et les dernières remarques indiquent manifestement que, pour lui, la phthisie peut trouver ses sources dans une altération profonde des fonctions alimentaires. La judicieuse expression de *phthisie intestinale,* par laquelle M. Andral désigne cette altération, démontre d'ailleurs l'idée qu'il se forme de la nature de cette affection et des conditions étiologiques sous l'influence desquelles elle se produit dans quelques circonstances.

Bruges, le 7 janvier 1840.

—

HYDROPISIE ASCITE,

A LA SUITE D'HÉMATÉMÈSE, COMPLIQUÉE D'ENGORGEMENT DE LA RATE, GUÉRIE RADICALEMENT APRÈS DIX-SEPT PONCTIONS.

Observation communiquée par M. le docteur JANSSENS, d'Ostende,
Membre correspondant de la Société, membre de la Commission médicale de la province, etc.

Le nommé Gallin, Jean, âgé de 60 ans, ayant servi comme remplaçant sous l'empire, actuellement manœuvre maçon, d'un tempérament bilieux très-prononcé, cheveux noirs, le corps couvert de taches éphélides, doué d'une de ces constitutions robustes qui résistent à tous les excès, s'adonne fortement à la boisson, aussi ne se rappelle-t-il pas d'avoir eu d'autre maladie qu'une fièvre intermittente fort légère, pendant qu'il était encore au service. Vers le mois de juillet 1835, à la suite de ses orgies habituelles, il fut pris d'un violent vomissement de sang, qui se répéta plusieurs jours de suite, et l'épuisa tellement, qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital le mois suivant. Gallin présentait à cette époque le teint particulier qu'on remarque chez les gens affectés de splénite chronique; il avait l'air abattu, ses fonctions, en général, s'exécutaient d'une manière à peu près normale, nulle part il n'accusait de douleur; en palpant le ventre on découvrait dans l'hypochondre gauche, la rate fortement engorgée, le soir il était tourmenté par une toux catarrhale, avec expectoration muqueuse vers le matin, l'auscultation ne dénotait qu'un râle léger muqueux. — *Prescription :* Vingt-cinq sangsues à la région de la rate, frictions avec l'onguent mercuriel; à l'intérieur, boissons mucilagineuses. Quelques jours après, on réitéra l'application des sangsues, sans effet sensible, sur l'engorgement de la rate, le malade restait triste et mélancolique. Bientôt on s'aperçut que l'abdomen gonflait : cette tuméfaction fut suivie de celle du scrotum. Les extrémités ne tardèrent pas à s'infiltrer, les urines diminuèrent en quantité (celles-ci furent traitées par l'acide nitrique et soumises à l'ébullition dans le but de s'assurer si elles ne contenaient pas de l'albumine, mais on obtint des résultats négatifs), à mesure que l'accumulation du liquide aug-

mentait, le malade fut en proie à des anxiétés continuelles, et à des menaces de suffocation, la fluctuation du reste, était manifeste et avait mis hors de doute l'existence de l'ascite. La ponction fut jugée urgente; on retira plus de vingt pintes de sérosité limpide, écumeuse, légèrement colorée en jaune. Vers le soir, le malade éprouva un accès de fièvre, qui prit le jour suivant le type intermittent; elle céda au sulfate de quinine. Les accidents ne tardèrent pas à se renouveler, avec l'accumulation nouvelle de la sérosité et après une quinzaine de jours, le ventre avait acquis le volume qu'il avait avant la ponction.

On eut une seconde fois recours à la même opération; M. le docteur Bauwens la pratiqua du côté droit, dans la crainte de blesser la rate, la même quantité de liquide fut encore retirée, mais sans plus de succès que la première fois. Dans l'espace de dix mois de séjour à l'hôpital, le malade a subi dix-sept fois la paracentèse. Dans les derniers temps, la sérosité devint moins abondante et de plus en plus colorée, à tel point qu'elle ressemblait à une forte infusion de café. Le malade fatigué des remèdes, finit par ne plus prendre que du miel, la rate avait toutefois diminué de volume. Il se mit alors à boire une infusion de chicorée torrefiée. Peu à peu il sentit renaître ses forces; enfin, la collection ne reparaissant plus, Gallin sortit de l'hôpital entièrement guéri, le 29 avril 1836. Depuis sa sortie, il se fait voir de temps à autre, et il continue à bien se porter, quoiqu'il ait repris les habitudes vicieuses auxquelles il se livrait avant sa maladie.

Remarques.

Cette observation envisagée sous le rapport de la nature de l'affection, ne présenterait qu'un bien faible intérêt au médecin praticien, qui, tous les jours, se trouve à même d'avoir à traiter des hydropisies, maladies d'ailleurs si fréquentes dans nos climats, et qui ont pour cause des congestions d'organes ou des phlegmasies des séreuses, nous nous serions dispensés d'en faire mention, si nous n'avions pas à signaler un de ces cas de réussite, tellement extraordinaire, après un si grand nombre de ponctions, que la plupart des auteurs révoquent même en doute la possibi-

lité d'obtenir la cure radicale d'une hydropisie ascite après une seule paracentèse. Merat (article paracentèse du Dictionnaire des sciences médicales) avoue n'avoir jamais eu l'avantage de voir un seul exemple heureux après la ponction. Darwell qui a traité l'article ascite dans le cyclopedia medica, regarde cette opération comme dangereuse pour le malade, « to tap ouch patients would there fore be to add to the danger of the disease. » Gregory, autre auteur anglais, voit dans l'opération de la paracentèse, une barrière qui met obstacle à la guérison «the tapping, once performed, is a complete *bar* to the recovery of the patient. »

—

Rapport sur l'observation qui précède (1).

La guérison radicale de l'ascite, à la suite de l'emploi de la paracentèse, est une circonstance rare, comme l'observent MM. Janssens et Mérat; cependant nous croyons que ces cas de réussite, dont nous avons nous-mêmes observé des exemples, ne sont pas si extraordinaires que le pensent ces médecins. Quant au danger que l'opération de la paracentèse offrirait pour le malade, comme le prétend le docteur Darwell, et quant à l'obstacle que cette même opération apporterait à la guérison, comme le veut le docteur Gregory, nous croyons que ces deux manières de voir ne sont point fondées en pratique et qu'un assez grand nombre de faits déposent complétement contre elles.

Au surplus, si la guérison de l'hydropisie ascite est rare, c'est que d'abord les lésions dont elle dépend sont souvent incurables, et ensuite c'est que surtout, dans beaucoup de cas, on n'a pas été à la recherche de ces lésions ou qu'on les a méconnues, et qu'ainsi, faute d'un diagnostic exact on n'a pu instituer à temps un traitement convenable.

Nous faisons ces remarques parce que les médecins, que cite M. Janssens, semblent n'avoir aucun égard, dans leurs opinions sur le traitement de l'ascite par la paracentèse, à la diversité des causes ou des lésions qui peuvent produire cette hydropisie. Quant à M. Janssens lui-même, il parle des congestions d'organes et des phlegmasies des séreuses, comme causes fréquentes d'hydropisies dans nos climats et cette remarque sur deux des conditions morbides qui peuvent pro-

(1) MM. Delahaye, Buylaert, *commissaires*, et Wemaer, *rapporteur*.

duire les hydropisies, prouve que le médecin d'Ostende dirige son attention vers ces causes primitives des collections séreuses.

Néanmoins, dans l'observation qu'il a communiquée à la Société, il ne remonte pas plus haut qu'à l'existence de l'ascite, puisqu'il dit que c'était là, pour lui, la nature de l'affection qu'il avait à traiter ; il ajoute même que son observation ne lui aurait paru offrir qu'un bien faible intérêt, si elle ne signalait pas la guérison radicale d'une ascite, après un si grand nombre de ponctions. Nous n'avons pas partagé cette manière de voir et nous avons pensé que le fait le plus important de cette observation était la lésion de la rate, que M. Janssens ne regarde que comme une simple complication, tandis qu'elle est, à nos yeux, la cause essentielle et originaire des différents symptômes qu'a présentés le malade.

En effet, dès son entrée à l'hôpital, on constate chez ce malade un engorgement très-prononcé de l'organe splénique. M. Janssens dit même qu'il offrait une de ces teintes qu'on remarque chez les gens affectés de splénite chronique ; mais cette assertion, nous l'avouerons, nous a paru assez extraordinaire, car aucun des pathologistes, dont nous avons consulté les écrits sur les maladies de la rate, ne parle de cette teinte spéciale et nous pensons qu'on ne rencontre une pareille teinte que dans les cas où l'engorgement de la rate coïncide avec une fièvre intermittente d'une certaine durée.

Quoi qu'il en soit de cette observation, que nous faisons en passant, l'examen de la poitrine du malade de M. Janssens, doit n'y avoir fait découvrir aucune lésion des organes circulatoires, puisqu'il n'est parlé que d'un léger râle muqueux.

M. Janssens signale aussi l'absence de l'albumine dans les urines, ce qui éloigne l'idée de la lésion des reins à laquelle le docteur Bright a donné son nom. Voilà donc éloignées deux causes fréquentes d'hydropisie, la lésion des organes circulatoires et rénaux. Enfin M. Janssens dit que les fonctions, en général, s'exécutaient d'une manière normale et il ne signale comme phénomène important que l'engorgement de la rate.

Depuis l'énumération de ces symptômes du début de la maladie, il n'est plus parlé de l'engorgement de la rate qu'à la fin de l'observation, où il est dit que cet organe avait éprouvé une diminution considérable de volume. Il est, certes, à regretter qu'on ne trouve pas de détails plus complets dans l'observation de M. Janssens, sur l'étendue et la marche de la lésion splénique et que l'état de cette lésion n'ait point été constaté après chacune des nombreuses ponctions qui ont été pratiquées. La percussion de la région malade jointe à la palpation, qui a été seule pratiquée, eût fourni, à l'égard des conditions dont nous venons de parler, les données nécessaires avec l'exactitude que le dia-

gnostic réclame aujourd'hui. Mais, malgré ces lacunes que nous croyons exister dans l'observation de M. Janssens, les détails qui y sont donnés établissent au moins d'une manière positive l'existence de la lésion splénique. Or, c'est par cette lésion, qne s'explique, pour nous, d'abord l'hématémèse par laquelle débuta la maladie. Il est, en effet, prouvé aujourd'hui que les maladies de la rate s'accompagnent, dans certains cas, du reflux du sang de cet organe dans l'estomac ; et ainsi se conçoit aisément la production de l'hématémèse.

Relativement à l'ascite, les recherches modernes ont également établi sa production assez fréquente par une maladie de l'organe splénique. D'après cette double considération, rapprochée de l'examen, que nous avons fait plus haut, des symptômes et de la marche de la maladie, la lésion de la rate, nous le répétons, nous paraît avoir été la condition essentielle de cette affection et la cause primitive des différents symptômes qu'a présentés le malade.

En résumé, nous regardons l'observation de M. le docteur Janssens, comme offrant de l'intérêt par rapport à l'étiologie et à la guérison de l'hydropisie-ascite dans des circonstances spéciales et qui font de cette observation un cas important pour l'histoire des maladies de la rate.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à l'auteur et de faire publier son observation dans les Annales de la Société.

DEUX CAS DE GENIO-CHEILOPLASTIE,

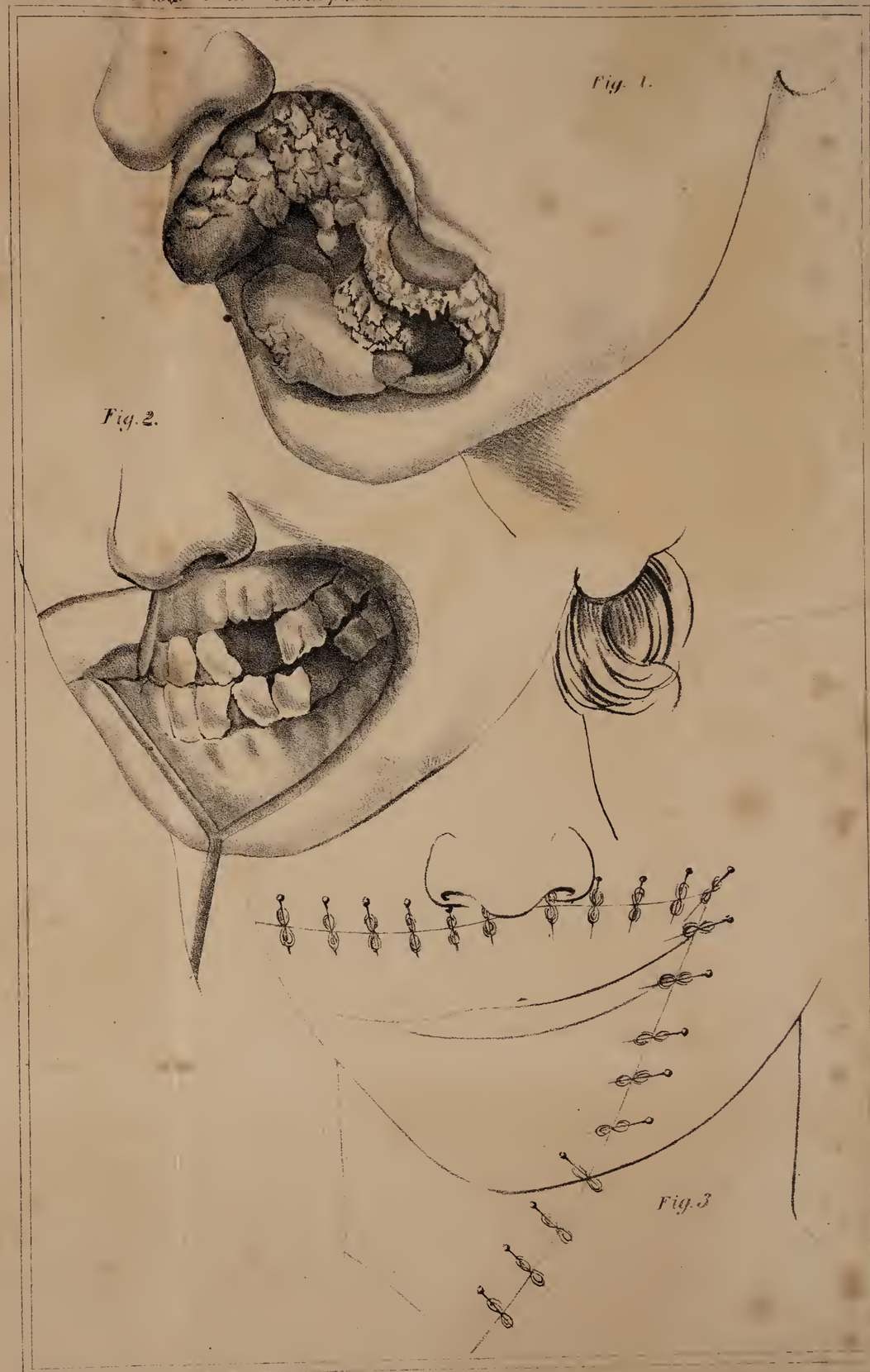
OU RESTAURATION DU MENTON ET DE LA LÈVRE ;

Par le docteur DE MEYER, chirurgien de l'Hôpital civil de Bruges, etc.

Obs. I.—Louis de Coning, âgé de 75 ans, d'une constitution lymphatique, journalier de profession et n'ayant jamais été malade, vit se développer à la fin de 1836, un tubercule dur, du volume d'un pois, sur le bord libre de la lèvre inférieure près de la commissure gauche. Cette petite tumeur ne tarda pas à s'ulcérer, sa surface se recouvrit d'une croûte qui se détachait de temps en temps et pendant les premiers mois de son existence, le malade n'y fit presque aucune attention.

A la fin de 1837, la lèvre était devenue le siége d'un vaste

C Vansteenkiste



C Vansteenkiste

ulcère, sur lequel le malade appliqua, à différentes reprises, un onguent rouge, que je suppose être l'oxyde rouge de mercure, ce médicament ne produisit aucune amélioration, le mal au contraire fit des progrès effrayants.

Le 19 mai 1838 de Coning vint me consulter, il offrait les symptômes suivants : Toute la surface cutanée de la lèvre et du menton était détruite par un vaste ulcère cancéreux, grisâtre, saignant au moindre attouchement, granulé, à bords durs, élevés, renversés. Cet ulcère était le siége de douleurs lancinantes, vives ; d'une chaleur âcre et brûlante et exhalait une odeur fétide. Le tiers externe gauche de la lèvre supérieure et la commissure du même côté présentaient une tumeur dure, bosselée, livide, de la grosseur d'une noix. (Voyez pl. et fig. 1.)

Le malade dont l'aspect était hideux, désirait vivement être débarrassé de son mal : jugeant qu'on pouvait réparer la perte de substance, quoique considérable, en empruntant des lambeaux au cou et à la joue, je pratiquai, le 23 mai, l'opération suivante assisté de MM. Verté, Claeysens et Van Steenkiste.

Ayant placé le malade convenablement, je traçai avec de l'encre quatre lignes qui limitaient le mal et qui devaient servir de guide au bistouri. La première de ces lignes, supérieure et interne, s'étendait obliquement du tiers externe gauche de la lèvre supérieure vers la pommette du même côté. La deuxième, supérieure et externe, prenait naissance à ce dernier point, et descendait obliquement au côté externe de la mâchoire. La troisième, inférieure et externe, commençait au point où finissait la seconde, et descendait obliquement jusque sur la partie antérieure du cou. Enfin la quatrième ligne s'étendait de la commissure droite, jusqu'à la base de la mâchoire, et venait aboutir à la ligne précédente (voyez pl. I, fig. 2).

Ces quatre lignes tracées, la tête fixée contre la poitrine d'un aide, le bistouri convexe suivit exactement la même direction : toute la partie malade fut cernée, disséquée et soigneusement enlevée; la muqueuse des bords alvéolaires fut incisée, et cette vaste perte de substance laissa à nu l'arcade dentaire et toute la face antérieure de la mâchoire inférieure. Il nous fut facile de juger que l'os était sain. Les artères furent successivement sai-

sies et tordues, à l'exception d'une seule qui, après plusieurs tentatives de torsion dut être liée.

Les deux incisions supérieures furent rapprochées au moyen de trois points de suture; le lambeau inférieur fut relevé et ajusté, trois autres points de suture le fixèrent convenablement aux parties environnantes (voyez fig. 3) des bandelettes agglutinatives, de la charpie enduite de cérat, des compresses et une mentonnière complétèrent l'appareil de pansement. Le malade fut placé dans son lit, et tenu à une diète absolue.

Le lendemain, 24 mai, les compresses et la charpie furent enlevées et remplacées par d'autres; la réunion était déjà avancée; la chaleur et la couleur des lambeaux étaient naturelles.—*Prescription*. Diète absolue.

Le 25, eau d'orge au moyen d'un biberon, déglutition difficile. Le 26, l'aiguille supérieure, et le 27, l'inférieure furent retirées. Même boisson, déglutition plus facile.

Le 28, trois autres aiguilles furent retirées; la cicatrisation était complète, sauf la commissure.

Le 29, la dernière aiguille, près de la commissure, fut enlevée; elle avait formé une petite eschare; de là était résultée la non-cicatrisation de cette partie.

Le 30, douleur à l'extrémité supérieure de la cicatrice, sur la joue; le 31, fluctuation, incision, sortie de la ligature. La cicatrisation de la petite plaie ne se fit plus attendre.

Le bord tégumentaire, qui forme la lèvre inférieure, fut de temps en temps touché avec le nitrate d'argent, et le 14 juin j'enlevai, au moyen de la lime, une portion de la petite molaire supérieure gauche, qui blessait la muqueuse de la bouche, et que j'aurais dû enlever avant l'opération. Depuis ce moment, de Coning n'a plus souffert, la mastication et la déglutition se sont exécutées librement; la prononciation qui était incompréhensible avant l'opération, est devenue claire et naturelle, seulement la préhension des liquides est un peu gênée, la lèvre inférieure ne pouvant s'adapter exactement aux parois du vase, il s'écoule un peu de liquide lorsque de Coning veut boire dans un verre ou dans un vase d'une plus grande dimension.

A la fin de juin de Coning est sorti de l'hôpital parfaitement

guéri, n'ayant que des cicatrices linéaires, et versant des larmes de reconnaissance.

Obs. II. — Joseph De Schene, âgé de 65 ans, journalier de profession, demeurant à Wielsbeke, homme d'une taille athlétique et d'une constitution sanguine, affaibli par les souffrances et la misère, nous fut envoyé par l'administration du dépôt de mendicité dans le courant du mois d'août 1839, pour être traité d'une affection cancéreuse qui avait rongé une grande partie de la face, et donnait au malade un aspect des plus dégoûtants. D'après le malade son affection qu'il portait depuis huit à neuf ans, et qu'il attribuait à l'usage continuel de la pipe à fumer, avait commencé par un petit bouton au tiers externe gauche de la lèvre supérieure; insensiblement le mal empirant avait déjà envahi une grande partie des lèvres et du menton, lorsque De Schene eut recours à une de ces lêpres de la société, connue sous le nom de *kankermeester,* qui prétendait le guérir au moyen de ses onguents, de ses trochisques infaillibles qu'il lui prodigua, quoique sans la moindre apparence de succès, aussi longtemps que le malade put les payer.

A son entrée à l'hôpital, le 21 août 1839, De Schene présentait l'état suivant :

Destruction de la moitié gauche de la lèvre supérieure; d'une grande partie de la joue du même côté; de toute la lèvre inférieure et du menton. Cette énorme perte de substance permit de voir l'intérieur de la bouche; un écoulement continuel de salive et une odeur infecte, joints aux symptômes énumérés, avaient fait du malade un véritable épouvantail qui l'avait fait bannir de la société (voyez planche 2, figure 1.).

Le 23 août, assisté de MM. Verté, VanSteenkiste et Claeysens, et ayant convenablement préparé le malade, je procédai à l'opération de la manière suivante :

La lèvre supérieure fut divisée par une incision s'étendant obliquement depuis la cloison du nez, jusqu'à son tiers inférieur droit.

Une deuxième incision commença à la même cloison, passa sous l'aile du nez du côté gauche, circonscrivit le mal sur la joue

et le menton, et vint aboutir à la partie moyenne de la base de la mâchoire.

Une troisième incision commençant à la commissure droite, descendit obliquement en bas et en dedans, en limitant le mal sur le menton, et vint se terminer du côté opposé à la même partie moyenne de la base de la mâchoire (voy. fig. 2).

Quoique ces incisions et la dissection des parties malades eussent été pratiquées dans un court espace de temps, le malade perdit assez de sang pour tomber en syncope; il fut immédiatement placé sur un lit : après un instant de repos, De Schene s'étant ranimé, je poursuivis de la manière suivante :

Deux incisions horizontales, l'une partant de la cloison du nez, l'autre de la commissure droite et s'étendant toutes deux jusqu'au muscle masseter du même côté, procurèrent un lambeau de peau destiné à la réparation de la lèvre supérieure.

Une dissection longue et minutieuse de la peau du cou et des parties latérales de la mâchoire, donna des lambeaux qui permirent de réparer tout le restant de cette énorme perte de substance, et de former un menton, une lèvre inférieure et une partie gauche de la face.

Dans le cas actuel aucune ligature ne devint nécessaire, la torsion des différentes artères eut un succès complet.

La membrane muqueuse qui couvrait intérieurement les deux lambeaux de peau qui devaient former les lèvres, fut soigneusement disséquée, allongée et fixée, au moyen de points de suture entrecoupés, au bord cutané du lambeau; de manière à couvrir le bord incisé et à offrir ainsi une surface lisse semblable aux lèvres dans leur état naturel. Le motif qui m'engagea cette fois-ci à faire usage de ce procédé, est, que dans l'observation précédente je fus obligé d'employer à plusieurs reprises le nitrate d'argent pour réprimer les chairs du bord devenu libre, et qu'après la guérison, la lèvre n'offrit pas cette surface lisse, muqueuse; mais un bord plus ou moins dur qui gênait ses fonctions dans la préhension des liquides.

Vingt-deux points de suture entortillée furent appliqués pour fixer les lambeaux : des emplâtres, des plumasseaux, des compresses et une bande complétèrent l'appareil de pansement.

Le malade fut transporté dans son lit, couché la tête élevée, et nourri pendant la première quinzaine d'eau d'orge coupée de lait, et administrée au moyen d'un biberon; après cette époque son régime devint successivement moins sévère.

Le quatrième jour après l'opération, trois aiguilles furent retirées; les dernières furent ôtées le septième jour, époque à laquelle la cicatrisation était complète. Deux jours après l'opération, l'adhérence de la muqueuse était parfaite, ce qui donnait aux lèvres un aspect absolument semblable à l'état naturel.

Le malade ayant été rasé le dixième jour, n'offrit que des cicatrisations linéaires, il était parfaitement rétabli et rien ne rappela son aspect hideux antérieur.

De Schene allait quitter l'hôpital après une convalescence de six semaines, quand une diarrhée dyssentérique, si commune par suite du séjour trop prolongé dans les hôpitaux, enleva le malade le dixième jour de cette affection.

Je dois à l'obligeance de M. Van Steenkiste, membre de la Société, les dessins qui accompagnent ces observations.

FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE,

TRAITÉE PAR L'APPAREIL AMIDONNÉ,

Observation recueillie par M. VERHAEGHE,

Chirurgien-accoucheur, à Ostende.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société médico-chirurgicale de Bruges, est appelée à figurer parmi le grand nombre de faits qui prouvent d'une manière incontestable l'utilité de l'appareil amidonné dans les fractures des membres, même les plus compliquées : elle concourra, pour sa part, à détruire la fausse opinion qu'on s'est faite, *à priori*, de cet appareil, dont les nombreux avantages se trouvent longuement exposés dans les différents mémoires de M. Seutin.

Dans la nuit du 20 septembre dernier, M. De Borst, capitaine au 6e régiment d'infanterie, homme grand et fort, âgé de 43

ans, fit une chute de sa hauteur et se fractura la jambe gauche à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; en voulant se relever, il appuya sur le membre et détermina ainsi la sortie du fragment supérieur du tibia à travers la peau. Voici l'état du malade à notre examen, qui eut lieu le lendemain matin : à l'endroit ci-dessus indiqué existait une plaie, d'un pouce d'étendue, à travers laquelle passait l'extrémité aiguë et tranchante du fragment supérieur du tibia, qui était obliquement fracturé : une fracture du péroné existait à la même hauteur : il y avait un écoulement de sang veineux assez considérable, mais très-peu de gonflement.

M. Seutin qui se trouvait dans ce moment à Ostende, fut prié de voir le malade. Ce professeur jugea utile d'appliquer immédiatement son appareil amidonné, avant l'apparition du gonflement qui n'aurait pas tardé à devenir énorme. La résection du bout saillant de l'os ayant été jugée nécessaire, il débrida préalablement la plaie : une esquille, sentie libre au fond de cette plaie, fut extraite, elle avait un pouce et demi de longueur et 4 lignes d'épaisseur.

L'appareil avait été préparé d'avance de la manière suivante: sur un drap-fanon ordinaire furent déposées quatre couches de bandelettes comme dans le bandage de Scultet : celles des deux couches inférieures étaient plus longues parce qu'elles avaient à embrasser le membre rendu plus volumineux par la présence des premières couches de linge et des premières attelles de carton. Un petit coussin conique, formé de charpie renfermée dans un morceau de linge, fut placé à la partie inférieure entre la première et la deuxième couche de bandelettes, de manière à ce que sa base fût tenue en bas et son sommet en haut. Le but de ce coussin est de préserver le tendon d'Achille d'une trop forte pression : il ne doit jamais être négligé dans un bandage inamovible. On coupa ensuite quatre attelles de carton épais, dont deux plus longues et ayant une de leurs extrémités découpée en forme de demi pied, et deux autres plus courtes. Les premières s'étendaient depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au delà du pied; les autres depuis le genou jusqu'aux malléoles.

Cet appareil, ainsi disposé sur un coussin, fut placé sous le

membre fracturé que deux aides soulevèrent doucement; on procéda à la réduction de la manière ordinaire, le bandage fut appliqué en entourant le membre de bas en haut des deux premières couches de bandelettes, en ayant soin de ménager une ouverture à l'endroit correspondant à la plaie, sur laquelle aucun pansement ne fut appliqué pour le moment. Les attelles les plus longues, préalablement mouillées, furent placées de chaque côté du membre et de manière à ce que leur extrémité découpée dépassât un peu le pied pour être repliée sous la plante et former une semelle : les deux couches restantes de bandelettes furent alors successivement appliquées; parvenu à ce point, les deux attelles courtes furent roulées de chaque côté dans le drap fanon pour embrasser le membre dans les deux tiers de sa circonférence, laissant en avant et en arrière un espace d'un pouce au moins : une bande roulée, partant de la racine des orteils, emboitant exactement le pied et le talon, fut appliquée sur toute l'étendue de l'appareil, qu'on avait très-peu serré.

Un aide avait été chargé d'amidonner légèrement chaque couche du bandage, à commencer de la deuxième couche de bandelettes. L'opérateur, au fur et à mesure que les différentes pièces passaient sur l'endroit de la plaie, y ménageait une ouverture en forme de boutonnière pour laisser une libre issue au pus. En général ces ouvertures doivent être plus petites que la plaie ; autrement les bourgeons charnus s'y engageraient en forme de champignons, ce qui causerait beaucoup de douleur lors de la levée de l'appareil.

Les orteils, laissés à nu, devaient servir de boussole pour indiquer l'état des parties situées sous le bandage : leur gonflement, leur couleur livide, l'abaissement de leur température indiquent une compression trop forte; il convient alors de couper le bandage sur la ligne médiane antérieure au moyen de ciseaux très-forts construits *ad hoc*. L'appareil coupé ainsi dans toute sa hauteur, est transformé en une gouttière bivalve; dans cet état il est encore appelé à rendre de grands services dans le traitement des fractures : en ouvrant cette gouttière, toutes les parties qu'elle recouvrait d'abord sont mises à nu, la plaie peut être pansée commodément, en refermant ensuite la gouttière et l'en-

tourant d'une bande amidonnée, on a de nouveau l'appareil inamovible.

Chez notre malade nous n'avons pas été obligés de recourir à ce moyen : les orteils ont toujours conservé leur état normal : ce qui nous a laissé dans une sécurité parfaite.

Le traitement consécutif fut confié à M. Demoulins, médecin de garnison, qui s'en est acquitté avec le talent qu'on lui connaît; et nous avons eu la satisfaction de voir le malade guérir aussi rapidement que s'il avait eu une simple fracture. Le seul pansement de la plaie consistait en un plumasseau de charpie placé sur l'ouverture ménagée dans l'appareil ; le but de ce léger pansement était d'absorber le pus au fur et à mesure qu'il s'écoulait, et d'empêcher l'introduction continuelle de l'air dans le fond de la plaie.

La réaction a été légère, les douleurs que le malade a ressenties dans le membre, n'ont pas été plus fortes qu'elles ne sont d'ordinaire dans les fractures : la suppuration n'a pas été abondante, elle est toujours restée de bonne nature. Au bout de huit jours, le malade pouvait lever le membre tout d'une pièce et le déplacer sans le secours de personne. Au trente-deuxième jour, nous avons coupé le bandage pour examiner l'état de la plaie : confiants dans un degré suffisant de consolidation, nous agissions sans crainte; et en effet nos espérances ne furent point trompées; la plaie était recouverte de bourgeons charnus, s'élevant au-dessus de sa surface et dont la cautérisation avec la pierre infernale fit bientôt justice; la consolidation était déjà très-avancée; la surface intérieure de l'appareil était partout en contact avec le membre, de manière qu'aucun vide n'était resté entre eux.

Avant de réappliquer la gouttière bivalve, qui était résultée de l'incision du bandage, on en coupa un morceau triangulaire au niveau de la plaie, pour être à même de mettre celle-ci tous les jours complétement à nu et la panser convenablement. La gouttière fut alors réappliquée et entourée d'une bande amidonnée. Au quarante-deuxième jour, la cicatrisation de la plaie était complète; le malade commença à se lever et à marcher au moyen de béquilles. Si nous n'avons pas permis plus tôt la déam-

bulation, c'est parce que le malade n'éprouvant aucun besoin ni désir de se lever, nous avons préféré le laisser en repos pour favoriser autant que possible la prompte consolidation.

Au cinquantième jour, l'appareil fut enlevé définitivement et remplacé par une simple bande légèrement amidonnée; la consolidation était parfaite, il n'y avait pas la moindre difformité ni raccourcissement.

Dans un cas de fracture aussi grave, quel est l'appareil qui aurait pu offrir un aussi beau résultat? A la prompte guérison viennent encore se joindre une foule d'autres avantages, parmi lesquels je ne citerai que la facilité de changer le malade de lit et de place, sans causer la moindre douleur ni le moindre dérangement dans la fracture; les douleurs épargnées par l'absence de tout pansement; le peu de gonflement et la suppuration presque nulle.

Déjà depuis trois ans je n'emploie pas d'autre traitement dans les fractures simples que l'appareil de M. Seutin; mais dans une fracture compliquée aucun des chirurgiens d'Ostende n'aurait osé songer à l'appliquer; il en sera tout autrement dans la suite, et nous nous croirions coupables si nous n'avions pas chaque fois recours à un moyen, dont chacun de nous a pu apprécier les avantages. Avec la précaution de serrer très-peu le bandage; et en cas de gonflement considérable, de le diviser au moyen des ciseaux de M. Seutin, on ne doit plus craindre les fâcheux accidents que quelques chirurgiens ont vu survenir et qui les ont déterminés à restreindre son application.

—

Rapport sur l'observation qui précède (1).

De jour en jour de nouveaux prosélytes viennent prendre rang parmi les nombreux défenseurs de l'excellente méthode de M. le docteur Seutin; chaque jour aussi nous comptons un succès par le bandage amidonné, dans tel ou tel cas; et déjà les modifications apportées par l'expérience et les travaux des médecins qui se sont occupés de cette partie de la chirurgie, ont fait disparaître les préventions qu'en-

(1) MM. De Meyer, *commissaire*, Buys, *rapporteur*.

courre toute innovation, et peuvent porter à croire que cette œuvre nationale atteindra bientôt son apogée.

Si quelques médecins trop timides ou imbus d'anciennes idées, n'osent encore arborer l'étendard qui doit un jour les rallier, certes le nombre en est bien restreint, et finira bientôt par devenir imperceptible; aussi voyons-nous avec plaisir que l'observation qui est confiée à notre jugement, vient confirmer les faits que nous avançons.

Il n'est pas, croyons-nous, hors de propos de citer ici pour les corroborer une observation tirée d'entre plusieurs cas de ce genre qui se sont offerts à notre pratique particulière.

Le nommé Gerin, Jean, maître armurier au 5e régiment de ligne, se fractura à la suite d'une chute le 30 janvier 1837, les deux os de la jambe gauche vers la partie moyenne; le fragment inférieur du tibia fit saillie à travers les téguments et déchira le caleçon; transporté immédiatement à l'hôpital, la réduction fut opérée, et le bandage amidonné appliqué tout aussitôt. Une saignée fut pratiquée et le malade fut soumis à la diète la plus sévère; aucun symptôme inflammatoire ne se développa.

Le dixième jour la curiosité nous porta à lever l'appareil, et nous trouvâmes à notre grande satisfaction les téguments parfaitement cicatrisés, l'appareil fut réappliqué et cet homme sortit guéri le 21 mars suivant, pour reprendre ses travaux.

Dans ce cas de fracture, nous trouvons la preuve irrécusable de l'utilité du bandage de M. le professeur Seutin, et nous pouvons ajouter de son indispensabilité.

Que nous présente le fait rapporté par notre confrère d'Ostende? Un capitaine du 6e régiment de ligne, d'une constitution athlétique, fait une chute et se fracture la jambe gauche, voulant se relever, il appuye sur le membre fracturé et fait saillir à travers la peau le fragment supérieur du tibia; de plus à l'examen de la partie, fait le lendemain seulement, on découvre qu'à la même hauteur existe aussi une lésion de continuité du péroné.

Ainsi nous voyons dans cette observation, fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie; par suite, débridement, résection d'un bout saillant de l'os et extraction d'une esquille.

Dans un cas aussi épineux, à quelles craintes ne se serait pas livré le chirurgien qui n'aurait pas eu connaissance du bandage amidonné, qui, annonçons-le hautement, a été d'une utilité incontestable. Mais une suppuration était ici inévitable, et M. Seutin ménage une ouverture pour lui livrer passage et faciliter le pansement de chaque jour. Dans une affection de ce genre, nous balancerions entre l'appareil précité et l'appareil suspendu de M. Mathias Mayor de Lausanne, qui aurait donné le même résultat.

Nous pourrions étayer cette assertion de plusieurs faits pris dans notre pratique, si nous ne craignions d'ajouter un rapport trop long à une observation qui est déjà très-étendue.

Nous prions la société de proposer l'impression de l'observation de M. Verhaeghe, afin de lui donner toute la publicité que mérite la découverte de M. Seutin, si éminemment utile à l'humanité souffrante.

OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR LA SORTIE PRÉMATURÉE DU CORDON OMBILICAL, PENDANT LE TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT ;

Par VERTÉ,

Docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, chirurgien de l'Hôpital civil, de l'Hôpital des aliénés, à Bruges, etc., etc.

La sortie prématurée du cordon ombilical, qu'elle ait lieu avant ou au moment de la rupture de la poche des eaux, est toujours une complication grave de l'accouchement. Cette sortie ne compromet en rien la vie ni la santé de la femme; elle ne retarde pas le travail de l'enfantement, mais toujours elle met en danger la vie de l'enfant, avant sa naissance.

La mort, dans cette circonstance, est due à l'asphyxie; l'autopsie ne laisse aucun doute à cet égard. Pressé entre la partie de l'enfant qui se présente, et les parois du bassin, ou comprimé par le bord de la matrice, le cordon ne peut plus transmettre à l'enfant le sang de la mère, ni au placenta le sang des artères ombilicales.

Thouret, dans un mémoire présenté en 1786, à la Société royale de médecine de Paris, et quelques autres auteurs, nient le danger de la sortie prématurée du cordon ombilical. Ils attribuent la mort, non à l'asphyxie, mais à la pression que la tête aurait éprouvée par un bassin trop étroit. Si cette opinion était vraie, les enfants devraient présenter tous les signes de l'apoplexie; la tête serait gonflée, les yeux saillants, la face livide, tandis qu'on rencontre toujours des signes opposés, à moins que l'accouchement ne présente les deux complications à la fois, et

encore faudrait-il que le gonflement survint avant la compression du cordon.

On a observé, avec raison, que les exemples d'obstructions du cordon ou de sa rupture, longtemps avant le terme de la grossesse, cités par ces auteurs, sont loin d'être avérés et ne pourraient, tout au plus, être admis que comme cas rares et tout à fait exceptionnels. Ce qu'ils citent, d'enfants vivants, extraits de la matrice, longtemps après la mort de la mère, ou d'enfants ayant continué de vivre dans les enveloppes, quoique hors de la matrice, n'est pas plus concluant. Il est vrai que, dans ces circonstances, les enfants étaient privés du sang de la mère; mais la circulation placentaire n'était pas interrompue.

En 1828, je pratiquai la section césarienne, sur la femme N... demeurant rue Terre-neuve, au moins une heure après la mort, survenue à la suite d'une chute sur le ventre; malgré ce long intervalle, les battements des artères se faisaient sentir avec assez de force, dans toute l'étendue du cordon.

Toutes les fois que j'ai rencontré cette complication, les enfants ont péri, lorsqu'ils n'étaient pas secourus à temps.

Une personne respectable, pratiquant à Bruges, depuis plus de vingt-cinq ans, un nombre d'accouchements considérable, m'a déclaré avoir vu succomber tous ces enfants, à fort peu d'exceptions près. Un de nos confrères, membre de notre société, a été appelé, il n'y a pas bien longtemps, pour donner des soins à une femme, chez laquelle cette complication se présentait pour la troisième fois, et toujours avec le même résultat funeste.

Quoique l'enfant courre de grands dangers, la mort n'est cependant pas une suite inévitable de la sortie prématurée du cordon ombilical. Il est des femmes si bien conformées et chez lesquelles les contractions utérines sont si énergiques, que l'accouchement se termine en quelques minutes et sans que le fœtus éprouve le moindre accident.

Les accoucheurs ont cherché, de tout temps, un remède à cette grave complication. Ils ont inventé des instruments de toute forme, dont la pratique n'a pas confirmé l'efficacité, et qui étaient destinés soit à repousser le cordon, soit à le préserver de toute pression nuisible. Généralement ils se sont contentés de repous-

ser le cordon, au moyen d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le vagin, et lorsque le cordon retombait, ce qui arrivait presque toujours, à la première contraction, ils pratiquaient la version par les pieds. Cette manière d'agir, si pernicieuse, est encore suivie, de nos jours, par la plupart des accoucheurs, malgré le procédé de Croft si simple et souvent facile, publié depuis un grand nombre d'années. Tout le monde sait que ce procédé consiste dans l'introduction de la main dans la matrice, comme si on voulait faire la version par les pieds, pour accrocher le cordon sur l'un ou l'autre des membres de l'enfant.

Cette méthode a été approuvée par quelques auteurs; son efficacité, ou la possibilité de son exécution, ont été révoquées en doute par quelques autres. Madame Lachapelle prétend même que la main introduite dans la matrice, à la hauteur des pieds, peut aussi facilement s'en saisir qu'y accrocher le cordon ombilical; comme si ce n'était pas pour éviter cette manœuvre meurtrière que le procédé de Croft a été proposé.

Depuis plusieurs années j'agis d'après le procédé de Croft, ou du moins je refoule assez haut le cordon pour ne plus avoir à craindre sa rechute et toujours avec succès, sans avoir une seule perte à déplorer (1).

En 1829 je fus appelé chez la femme D.... Quai de la Poterie, assistée de F. G... sage-femme. Le cordon était sorti, la matrice, largement ouverte, était tendue sur la tête et menaçait d'intercepter bientôt la circulation dans le cordon : n'étant pas parvenu à repousser celui-ci dans la matrice au moyen d'un doigt, à cause de l'élévation de la tête, encore peu au-dessous du détroit supérieur, j'introduisis toute la main dans le vagin. Je parvins alors facilement à repousser le cordon, dans l'intervalle des douleurs. Il eût été difficile d'aller plus profondément, à cause de la grande tension des bords de la matrice; mais cette tension même mit ob-

(1) Depuis que ces observations ont été communiquées à la Société, j'ai rencontré un cas où l'issue a été funeste à l'enfant. Au moment de mon arrivée, à 9 heures du matin, on me déclara que le cordon était sorti depuis le milieu de la nuit. Il y avait perte de méconium ; le cordon était froid, flasque et sans battements. Je le refoulai cependant et il ne retomba plus, pendant les sept ou huit heures que dura encore le travail.

stacle à une rechute; le cordon ne reparut plus et l'accouchement se termina d'une manière heureuse, au bout de deux heures.

Le 22 février 1831, la femme De Meulenaere, demeurant rue Ste-Walburge, était en travail de son sixième ou septième enfant, assistée par Angele Van Renterghem, sage-femme. A mon arrivée, la poche des eaux venait de se rompre, le cordon était dans le vagin et, avec lui, la main droite. Un examen ultérieur me fit reconnaître une première position de l'épaule droite. La matrice n'étant pas encore revenue sur elle-même, j'eus toute liberté d'agir. Prenant, de la main droite, le cordon et la main sortie, j'introduisis le tout très-haut dans la matrice, pour accrocher le cordon au pied. Après avoir refoulé l'épaule, je saisis la tête et l'ayant ramenée vers le centre du bassin, je la maintins dans cette position jusqu'à ce qu'elle fut engagée, sous l'influence de quelques contractions. En moins de trois quarts d'heure, la femme accoucha heureusement d'un fils bien portant.

Le 13 mars 1836, la femme Dinnekens, accoucha heureusement d'un fils, avec des circonstances analogues à celles que j'ai consignées dans ma première observation.

Je fus appelé chez la femme M..... Quai de la Coupure, le 4 décembre 1836, à midi, parce que la sage-femme avait reconnu la sortie du cordon ombilical. La matrice étant assez ouverte pour permettre l'introduction de la main, je saisis le cordon, je le glissai le long de la tête et l'attachai au bras. Appelé de nouveau, vers quatre heures de l'après midi, je trouvai la femme sans douleurs. La tête était descendue dans l'excavation du bassin, mais ne sentait plus le cordon. L'administration du seigle ergoté procura des douleurs suffisantes pour la terminaison heureuse de l'accouchement, au bout d'une heure.

Après sept ans de mariage, la femme C... place St-Jean, était en travail de son premier enfant, le 16 juin 1839. La sage-femme ayant trouvé que le cordon avait dévancé la tête, me fit appeler vers les cinq heures du soir. La poche des eaux pendait flasque dans le vagin. Comme la matrice était assez ouverte pour le passage de la tête; craignant d'ailleurs pour la vie de l'enfant, si la pression sur le cordon se prolongeait, je rompis la poche et une plus grande portion de cordon descendit avec les eaux.

La femme restant dans la position horizontale, comme dans tous les autres cas, j'introduisis la main dans le vagin. J'eus d'abord quelque peine à introduire cette masse dans la matrice. J'y parvins enfin, mais la femme poussait de cris tels, que je me contentai de porter le cordon au delà de la tête, sans l'attacher. Une heure après, voyant que le cordon ne retombait plus et que les douleurs étaient peu énergiques. Je partis, après avoir prescrit le seigle ergoté. Le lendemain 17, je revins vers six heures du matin. La sage-femme me dit qu'elle avait eu des douleurs assez vives, et qu'à différentes reprises, elle s'était promenée dans la chambre sans que le cordon reparut. La femme étant épuisée, je la délivrai, avec le forceps, d'un enfant vivant.

Le refoulement du cordon ombilical est généralement chose assez facile, pourvu qu'on ait pris la précaution, même dans les cas les plus favorables, d'introduire toute la main dans le vagin. Cette opération est quelquefois assez douloureuse, surtout chez les femmes primipares, moins cependant que pour la version par les pieds, parce que bien souvent il n'est pas nécessaire de monter si haut, mais le but qu'on se propose doit faire oublier toute autre considération, et d'ailleurs la dilatation des parties sexuelles ne servira qu'à rendre la terminaison de l'accouchement plus facile.

On peut voir par ce qui précède, qu'il n'est pas toujours nécessaire de porter le cordon sur un des membres de l'enfant. Très-souvent le cordon restera en place, quoiqu'on ne l'ait porté qu'au delà de la tête. Il suffit même quelquefois de le faire glisser entre la tête et la matrice, lorsque celle-ci est fortement tendue sur le crâne de l'enfant.

On se demande quelle doit être la conduite de l'accoucheur, quand la matrice n'offre pas une dilatation suffisante pour y introduire la main? Tant que la poche n'est pas rompue, il est probable que le cordon ne sera pas assez comprimé pour mettre la vie de l'enfant en danger, et dans ce cas on peut attendre. Si, au contraire, la poche est rompue ou que la pression soit assez grande pour intercepter la circulation, je pense, qu'après avoir introduit la main dans le vagin, on pourra assez repousser le cordon avec un ou deux doigts, pour le préserver, au moins mo-

mentanément, de toute compression. Que si la tête est trop avancée dans le bassin, pour permettre l'introduction de la main et qu'il y ait quelque danger, on a la ressource du forceps.

Une partie du corps autre que la tête, peut se présenter en même temps que le cordon. Dans ce cas on se conduirait comme si le cordon n'était pas sorti, à moins qu'on ne puisse faire la version céphalique, ce qui n'est pas toujours impossible, comme le prouve l'observation de la femme De Meulenaere, si un fait isolé peut prouver quelque chose.

Lu à la Société le 4 novembre 1839.

CONCOURS DE 1841.

La Société médico-chirurgicale de Bruges propose la question suivante :

Faire un exposé historique des progrès que le diagnostic médical a faits depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours.

Une médaille d'or de la valeur de 300 francs, sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur cette question.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis, francs de port, avant le premier janvier 1841, au secrétaire de la Société.

Les auteurs devront inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un billet cacheté, qui portera à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

D'après l'art. 27 du règlement de la Société, tout manuscrit qui lui est envoyé devient sa propriété. Il est néanmoins loisible à l'auteur d'en faire prendre copie.

Bruges, le 18 octobre 1839.

Le Secrétaire de la Société,

E. Wemaer.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

Clinique chirurgicale de M. A. Uytterhoeven.

INOCULATION DU FARCIN, MORT, AUTOPSIE,

Observation recueillie par M. J. BOUGARD, interne.

Le 11 juillet 1839, on reçut à l'hôpital St-Jean, le nommé François Heliart, cultivateur, âgé de 37 ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux et assez fort de constitution.

Depuis plusieurs semaines, il frictionnait impunément, avec la main nue, chargée d'onguent mercuriel, un cheval atteint de farcin; lorsqu'il se fit une plaie légère par arrachement à l'indicateur de la main droite, partie antérieure de l'articulation phalangetto-phalanginienne. Cet individu dans une ignorance complète du danger qui menaçait son existence, continua, de la même manière, les frictions hydrargyriques.

Il répéta pendant trois jours encore cette imprudente manœuvre; mais alors, il survint de la tuméfaction sans chaleur ni douleur, au pourtour de la petite plaie, et un abcès s'y manifesta; il le laissa s'ouvrir spontanément, le pus en était séreux et fétide. L'espace compris entre la peau et l'indicateur, devint aussi le siége d'une tuméfaction qui s'abcéda promptement.

Deux cordons durs et légèrement douloureux se manifestèrent peu après à la partie externe des deux mollets. Ce fut dans cet état qu'il entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital. Ces abcès et engorgements n'avaient que faiblement altéré sa santé, par une perturbation légère des fonctions digestives, consistant en perte d'appétit, soif, constipation, langue recouverte d'un léger enduit blanchâtre.

Dès son entrée, on pratiqua une issue à la collection purulente siégeant entre la peau et l'indicateur, il en sortit un liquide séroso-purulent; — pansement deux fois le jour, en maintenant les doigts dans la demi flexion sur un coussinet arrondi placé dans

la paume de la main. Frictions mercurielles sur les engorgements des mollets, qui ne tardèrent pas à s'abcéder à leur tour; on en fit l'ouverture le 16 juillet, pus de même qualité qu'aux précédentes collections.

Bientôt un nouvel engorgement se déclara à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit en déterminant une douleur assez vive; la fluctuation fut manifeste le 24, on donna issue à la matière au moyen de la potasse caustique et il sortit une grande quantité de pus de meilleure nature que le précédent.—Pansements au styrax.

Les endroits affectés restèrent flasques, les bords des plaies blafards, la suppuration peu consistante, elle diminua cependant peu à peu. A partir du 26 juillet le malade prit des bains généraux tous les deux jours, et une livre de décoction de sassafras tous les jours. Il eut des sueurs abondantes.

Le 10 août, l'indicateur et les mollets cessèrent de suppurer, les plaies se cicatrisèrent; état général très-satisfaisant, l'appétit revient, sueurs copieuses.

Le 12, on s'aperçut qu'une nouvelle tuméfaction s'était développée à la partie interne du mollet droit, une autre au milieu de la partie interne du bras gauche. On y appliqua des emplâtres de vigo cum mercurio et ils se terminèrent par résolution.

L'avant-bras droit cessa de suppurer à son tour et Héliart obtint sa sortie le 21 août.

Le 6 septembre, il se représenta à l'hôpital dans l'état suivant : Face et extrémités cyanosées, grande prostration, amaigrissement considérable, tremblement général, langue sèche, racornie, soif, perte d'appétit, douleurs épigastriques, constipation opiniâtre; pouls très-accéléré, petit, frissons irréguliers, peau sèche; dyspnée, respiration fréquente, petite, urine rare et rouge.

Traitement.—Potion composée d'esprit de mindérerus ℥s. dans un véhicule de ℥vj.

Les 7 et 8, tous ces symptômes acquièrent plus d'intensité, il accuse de vives douleurs dans toutes les parties du corps, mais plus particulièrement à l'hypochondre droit; même traitement.

Le 10, soubresauts des tendons, état sub-délirant, stupeur, frissons et sueurs très-abondantes, teinte ictérique.

Le 11, la dyspnée augmente de plus en plus, perte de l'intelligence et diminution de la sensibilité générale, facies très-altéré, carphologie.

Il expire le 12.

Auptosie faite 26 heures après la mort. Température chaude et humide.

Tête. — Ne présente aucune altération.

Thorax. — Les poumons sont parsemés de foyers purulents.

La membrane interne des veines sous-clavières, des veines caves inférieure et supérieure, des cavités droites du cœur, présente une couleur rouge foncée et un grand degré de ramollissement.

Abdomen. — Le foie, très-volumineux chez ce sujet, est presqu'entièrement converti en pus, et contient des collections de la grosseur d'une orange, ses veines sont remplies de pus, une pression légère le fait jaillir en abondance.

La rate est aussi le siége de plusieurs foyers purulents.

La muqueuse digestive présente des traces d'inflammation dans presque toute la longueur de ce conduit.

Le muscle triceps brachial gauche et le doigt indicateur droit présentent des abcès.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE (1).

Le nommé Mertens, Martin, ouvrier brasseur, âgé de 30 ans, d'un tempérament lymphatique, est reçu à l'hôpital St.-Jean le 3 août 1839.

Quatre mois se sont écoulés, depuis que cet homme, chargé d'un tonneau de bière, a fait une chute sur le genou droit; au moment où il se relevait, il se manifesta dans cette région, une douleur des plus vives, qui se dissipa bientôt et lui permit de reprendre immédiatement son travail habituel.

Le genou n'avait plus attiré son attention, lorsque le 29 juillet, il remarqua qu'une tumeur, dont le volume seul décélait la présence, s'était développée au creux poplité.

(1) Cette observation et les suivantes ont également été recueillies dans le service de M. A. Uytterhoeven, par M. Bougard, interne à l'hôpital St-Jean.

Il consulta un chirurgien qui lui fit connaître toute la gravité de son affection, et qui établit une compression sur l'artère crurale au moyen du tourniquet de Petit; mais effrayé par le gonflement énorme qui survint au-dessous du point comprimé, il envoya son malade à l'hôpital.

A son entrée, la jambe droite et la partie inférieure de la cuisse étaient donc très-fortement tuméfiées, livides et bleuâtres; en l'examinant, nous observâmes une tumeur de forme ovoïde, fluctuante et de la grosseur d'un œuf de poule, située au jarret sur le trajet de l'artère poplitée. Cette tumeur présentait des battements simultanés à ceux des artères, battements non-seulement sensibles au toucher, mais pouvant même être aperçus à une distance assez grande; en comprimant l'artère au-dessus, les pulsations disparaissaient, le contraire arrivait si on la comprimait au-dessous. La peau avait conservé sa couleur naturelle; l'auscultation y faisait reconnaître un bruit de soufflet très-marqué.

Les seules causes prédisposantes que l'on puisse invoquer chez cet individu, sont : l'abus de la bière, (il prenait environ dix litres de cette boisson dans une journée) qui avait produit une bouffissure générale du corps, et les fatigues auxquelles l'assujettissait sa profession; on pourrait invoquer comme cause occasionnelle déterminante, l'effort qu'il dut faire pour se relever, après la chute, chargé qu'il était d'un fardeau considérable.

Diagnostic. — Anévrysme de l'artère poplitée.

Pronostic. — Grave.

Traitement. — La compression médiate sur l'artère crurale et sur la tumeur elle-même, les réfrigérants, la diète et les saignées, furent les moyens auxquels on eut recours.

Pour la compression de l'artère crurale, on essaya les divers tourniquets connus, mais tous présentaient un inconvénient très-grand, celui de comprimer la cuisse dans toute sa circonférence, ce qui empêchait le libre cours des fluides dans les artères collatérales, les veines et les lymphatiques.

Pour remplir l'indication principale, de ne faire porter la compression que sur deux points opposés du membre, il a fallu apporter une modification au tourniquet de Petit, c'est ce que

M. A. Uytterhoeven fit avec le plus grand succès, en y ajoutant deux arcs de cercle en fer, destinés à être placés au-dessus des pelottes, et assez étendus pour empêcher les rubans qui traversent leurs extrémités, de presser sur le membre.

L'application du tourniquet de Petit, occasionnait de fortes douleurs, et nulle considération ne pouvait déterminer le malade à le garder, tandis que, ainsi modifié, il en supporta facilement l'application.

La compression fut faite d'une manière graduée (il est à remarquer que ce malade était très-indocile; il relâchait l'instrument pour passer la nuit, et souvent même dans la journée). Nous avons tâtonné pendant environ trois semaines avant de pouvoir rendre la compression permanente et intercepter le cours du sang dans l'artère fémorale. Elle fut faite alternativement vers l'union du tiers supérieur de la cuisse avec le tiers moyen et de celui-ci avec l'inférieur, afin de prévenir l'inflammation de la peau et les excoriations.

L'effet de cette compression fut d'empêcher l'abord du sang dans la tumeur anévrysmale, tout battement cessa, et elle diminua au point de revenir au volume d'un œuf de pigeon. Après quatre semaines la tuméfaction du membre disparut; il reprit son volume naturel, la circulation collatérale était établie. Lorsqu'on relâchait le tourniquet, les pulsations, quoique affaiblies, reparaissaient encore dans la tumeur, enfin le 1er novembre elles avaient complétement cessé; le 6, on abandonna la compression et Mertens fut déclaré guéri.

On exerça aussi une légère compression sur la tumeur, au moyen de compresses repliées, maintenues par une bande roulée; ces compresses étaient très-fréquemment imbibées d'une fomentation réfrigérante. Pendant toute la cure, le membre fut placé dans la demi-flexion sur un coussin triangulaire.

Le malade fut saigné au commencement du traitement, et on diminua graduellement ses aliments, jusqu'à ce qu'il ne prit plus que quelques prunes ou cerises dans un jour. Il désenfla considérablement. On augmenta ensuite peu à peu son alimentation.

Dès le 6 novembre, Mertens put se lever, puis marcher avec des béquilles, qu'il abandonna bientôt; enfin il obtint sa sortie

le 20, radicalement guéri et fermement résolu d'abandonner sa profession de porteur de bière et de renoncer à l'abus de cette boisson.

La tumeur anévrysmale, à sa sortie, était de la grosseur d'une noix, mais dure, résistante et n'offrant plus aucun battement.

Il s'est représenté à la visite plusieurs fois depuis, et la cure se maintient parfaitement bien.

Réflexions. — Cette cure est la seconde opérée à l'hôpital St-Jean, avec le même succès, par le même traitement et dans les mêmes circonstances, elle prouve qu'on a tort d'abandonner un moyen si précieux de guérison et qui a d'ailleurs l'avantage en cas d'insuccès de préparer les voies à l'opération par le bistouri, si celle-ci doit être adoptée.

POLYPE DU RECTUM, LIGATURE, GUÉRISON.

La nommée Marie Joséphine Rampelbergh, lavandière, âgée de 41 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et mère de quatre enfants, ressentit il y a environ dix ans, des douleurs légères dans le rectum, qui augmentaient par les frottements des matières fécales lors de la défécation; elle s'aperçut en même temps que les efforts que nécessitait cette fonction, provoquaient la sortie par l'anus, d'une petite tumeur rougeâtre de la grosseur d'une noisette.

Cette tumeur augmenta insensiblement, et au bout de quatre ans, elle eut des hémorrhagies fréquentes qui l'affaiblirent beaucoup. Elle était aussi habituellement constipée, ce qui lui occasionnait parfois des coliques assez violentes, se terminant par la sortie des matières excrémentitielles et de quelques caillots de sang noir.

Elle ne cessa d'être bien réglée.

Elle ne prit l'avis d'aucun homme de l'art, concernant son mal et ne fit pas de remède. Les hémorrhagies cessèrent.

Il y a environ trois mois, elle eut un abcès dans le petit bassin qui s'est ouvert spontanément dans le rectum, car il sortit une grande quantité de pus par cette voie; la suppuration se tarit au bout de douze jours de durée.

Les douleurs que cette malade ne cessait d'éprouver, la constipation très-incommode qui survenait de temps en temps, l'inquiétude qui commençait à la tourmenter, la déterminèrent à entrer à l'hôpital St-Jean, le 29 juin 1839.

Elle fut soumise à l'observation pendant quelques jours.

La tumeur que quelques efforts amènent facilement au dehors, est de la grosseur d'un petit œuf de poule, arrondie et tenue par un pédicule étroit qui semble s'enfoncer dans la membrane muqueuse, elle est de couleur rougeâtre et de consistance assez forte; le doigt introduit dans le rectum et appliqué sur le pédicule, ressent un battement artériel presque aussi fort que celui de la radiale.

Le 4 juillet, on plaça une ligature sur le pédicule. La malade poussa la tumeur au dehors, on entoura le pédicule d'un fil de soie fortement serré, de manière à intercepter la circulation de cette partie et le tout fut rentré dans le rectum.

Le lendemain, l'indicateur porté dans le rectum, constata l'absence de la tumeur; on sentait distinctement la ligature et un petit moignon, mais on ne retrouva pas le polype. La malade avait eu une selle le matin, mais elle ne s'est pas aperçue de la sortie de la tumeur.

Cette opération n'a déterminé aucune réaction, aucun dérangement fonctionnel.

Le 8, le toucher donne la certitude de la disparition totale du polype, la ligature est tombée et on ne retrouve aucune trace de maladie. Elle sort parfaitement guérie le 10 juillet.

CALCUL VÉSICAL, TAILLE BI-LATÉRALE, GUÉRISON.

Maximilien Maury, âgé de 4 1/2 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital St-Jean le 29 août 1839.

Il y avait environ neuf mois que cet enfant avait commencé à ressentir de la douleur en urinant, cette souffrance n'était pas bien vive, et consistait plutôt en un prurit incommode; mais elle augmenta progressivement, et acquit, en quelques mois, une telle intensité, que l'émission des urines lui arrachait des cris perçants.

Le 30 août, on voulut tenter de le débarrasser par la lithotritie; l'ouverture du canal de l'urèthre n'étant pas assez large pour donner passage au brise-pierre n° 1, on fut obligé de l'agrandir avec l'uréthrotôme.

Le brise-pierre ayant été introduit; on saisit facilement le calcul: l'écartement des branches était de douze lignes. La percussion fut forte, mais la pierre présenta une résistance extraordinaire; on crut cependant en avoir détaché quelques éclats. Elle fut saisie à différentes reprises et elle échappa presque toujours.

Le malade est indocile à l'excès, il jette les cris les plus aigus, fait des efforts inouïs, qui provoquent l'émission des urines, la sortie des matières fécales ainsi que la descente de la muqueuse rectale dont la procidence est considérable.

Le 31, il rend plusieurs petits fragments avec les urines; il souffre un peu à l'hypogastre. Cataplasme, régime.

Le 1er septembre, il n'a pas uriné, on le sonde; douleur légère à l'hypogastre sans réaction générale. Cataplasme.

Le 3, on introduit de nouveau l'instrument lithotriteur, on saisit la pierre plusieurs fois sans parvenir à la briser, elle échappe.

Le 8, bougie dans le canal de l'urèthre dans le but de le dilater.

Le 9, nouvelle séance sans plus de succès.

On le laisse ensuite en repos jusqu'au 1er octobre, époque où il est exploré minutieusement, et on trouve que la pierre est encore entière; cette circonstance, la difficulté extrême de la soumettre au broiement à cause de sa grande résistance, l'indocilité du malade, font que l'on se décide pour l'opération de la taille.

Il y fut donc soumis le 3 octobre. M. A. Uytterhoeven choisit et exécuta la taille bi-latérale, en se réservant bien de faire une petite ouverture. L'opération n'offrit rien de remarquable, il éprouva un peu de difficulté pour saisir convenablement le calcul, (il se servait de pinces à polype au lieu de tenettes) il y parvint cependant et l'amena au dehors avec facilité, bien qu'il fut obligé de faire quelques légères tractions lors de son passage

à travers la plaie (mode opératoire auquel il donne la préférence).

Le calcul est ovalaire, aplati à une de ses extrémités, son grand diamètre a 12 à 13 lignes d'étendue, le petit 8 à 9.

Une circonstance qui fut très-favorable à son extraction, c'est que M. Uytterhoeven l'a saisi dans la direction de sa plus grande longueur et par son extrémité aplatie; s'il eût été pris en travers, l'ouverture n'eût pas suffi pour lui livrer passage.

Le petit opéré fut remis dans son lit; il eut une réaction assez forte dans la nuit, soif, chaleur à la peau, pouls accéléré.—*Trait.* repos, diète, boissons rafraîchissantes.

Le 4, son état est très-satisfaisant, les urines s'écoulent facilement par l'ouverture artificielle, le pouls reste fréquent, la soif vive, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre; mêmes soins.

Le 5, amélioration, sommeil réparateur; l'appétit se fait sentir, le petit malade est plus gai et n'éprouve presque plus de douleur On lui accorde une biscote dans un peu de thé au lait.

Son état s'améliore chaque jour, l'ouverture périnéale se rétrécit; le 9, il urine par la verge, et il ne s'écoule plus que quelques gouttes d'urine par l'ouverture artificielle.

Le 12, l'urine sort en totalité et sans douleur par l'urèthre, toutes les fonctions s'exécutent régulièrement; il se lève.

Ses parents le reprirent le 14 octobre. Recommandation de lui donner les bons soins hygiéniques qu'on leur indique.

Le père est venu nous dire quelque temps après qu'il était parfaitement bien rétabli.

CARIE DU TEMPORAL SURVENUE APRÈS LA DISPARITION PROVOQUÉE DE LA TEIGNE; SYMPTOMES DE COMPRESSION DU CERVEAU, MORT, NÉCROSCOPIE.

Meunier, Melchior, tisserand, âgé de 18 ans, d'une constitution chétive et détériorée, était affecté de la teigne depuis son enfance, lorsque à l'âge de seize ans, un empirique l'en débarrassa au moyen de la calotte de poix.

Peu de temps après, on s'aperçut que sa santé s'altérait considérablement, il était devenu triste, morose, des douleurs va-

gues se faisaient sentir dans différentes parties du corps, l'appétit et le sommeil disparaissaient. A ces symptômes se joignit une douleur sourde, fixe, permanente, ayant pour siége l'oreille gauche. Trois mois environ après la répercution de la teigne, il se manifesta subitement, des accidents dépendants de la compression des viscères encéphaliques (hémyplégie du côté droit, mouvements de la langue embarrassés, perte de l'ouïe à gauche, intelligence et sensibilité conservées). On crut à l'existence d'une apoplexie et un traitement antiphlogistique énergique fut ordonné, il n'améliora aucunement l'état du malade.

Quatre semaines après, il se forma à l'extérieur, à l'endroit où depuis longtemps il existait une douleur fixe, une tumeur molle, fluctuante, peu douloureuse, qui finit par s'abcéder et s'ouvrir spontanément en fournissant une quantité de pus considérable.

Dès ce moment les symptômes de compression cessèrent en partie. Il reprit son travail habituel.

Un an environ se passa pendant lequel ce jeune homme jouissait d'une santé assez satisfaisante. Mais au bout de ce temps la suppuration devint plus abondante et un amaigrissement rapide s'ensuivit. La gêne des mouvements de la partie droite du corps loin de diminuer, augmenta insensiblement.

Il fut alors admis dans les salles de chirurgie de l'hôpital St-Jean le 19 décembre 1839.

A son entrée, trois ouvertures fistuleuses donnaient issue à une suppuration abondante et d'une fétidité remarquable; l'une supérieure au conduit auditif, une autre postérieure, et la troisième par ce conduit même à travers la membrane du tympan. Un stylet introduit par l'ouverture postérieure fait reconnaître l'altération éprouvée par la partie pierreuse du temporal, carie et perforation, puisque de la pointe de l'instrument on frappe les membranes encéphaliques.

Traitement. — On détermina une irritation du cuir chevelu au moyen de l'emplâtre de Janin, et on lui donna une décoction légère de quinquina. L'irritation de la muqueuse digestive survenue en quelques jours, fit discontinuer l'administration de ce tonique.

Le 27 décembre, il se plaignit de douleurs très-vives particulièrement dans la région frontale, la lumière impressionnait très-péniblement la rétine, la surdité augmentait de plus en plus; pouls accéléré, petit, redoublement vers le soir.

2 janvier, état comateux, sensibilité exaltée, convulsions alternant avec le coma, respiration stertoreuse, cris plaintifs, application d'un vésicatoire sur la région pariétale gauche, cataplasmes chauds aux extrémités inférieures, lavement excitant.

Ces signes fâcheux allèrent en augmentant et il expira le 7.

Autopsie faite 30 heures après la mort. Température froide et sèche 6 à 7°—0. Aspect du cadavre : grande maigreur, face congestionnée.

L'ouverture du crâne nous fit constater l'hypérémie du cerveau et de ses membranes, sans traces bien évidentes d'inflammation.

Les ventricules cérébraux étaient énormement dilatés et contenaient environ trois onces de sérosité très-limpide.

A la partie moyenne de la face postérieure du rocher les membranes encéphaliques adhérentes entr'elles et fortement épaissies, présentaient intérieurement, une production fibreuse, inégale, irrégulière, bosselée, de la grosseur d'une noisette; exubérance qui avait déterminé une dépression uniforme dans la pulpe du cerveau.

La face postérieure du rocher présente deux ouvertures de deux lignes de diamètre environ et communiquant avec l'oreille interne et moyenne, leurs bords offrent les caractères ordinaires de la carie. Sur la face supérieure existe également une ouverture de la grandeur d'un franc, aboutissant aussi à l'oreille moyenne. La perforation du temporal au niveau des cellules-mastoïdiennes, faisait communiquer toutes ces perforations avec l'extérieur, de sorte que les méninges étaient pour ainsi dire dénudées, les tissus qui avoisinaient la carie étaient lardacés.

Les glandes parotides et sous maxillaires étaient engorgées, et les poumons tuberculeux.

Les causes probables de cette affection furent : La disposition scrofuleuse et la rétrocession d'une éruption cutanée chronique : la teigne.

Dans ce cas, la maladie a dû commencer par la table interne, et ce n'est que lorsqu'elle fut passée à la suppuration, que les accidents dépendants de la compression du cerveau se sont manifestés; accidents dont la cause est restée ignorée, jusqu'à ce que les progrès ultérieurs de la maladie la rendirent manifeste à l'extérieur.

Cette observation vient encore corroborer l'opinion des observateurs qui ont établi, que, lorsque la carie attaque un sujet scrofuleux, elle commence ordinairement dans l'épaisseur même du tissu de l'os.

La pièce est conservée au cabinet d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint-Jean.

HOPITAL MILITAIRE DE BRUXELLES.

EXTRAIT D'UN RAPPORT A MONSIEUR L'INSPECTEUR-GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, SUR LA CLINIQUE DE L'HOPITAL, PENDANT LES SIX DERNIERS MOIS DE 1839;

Par le docteur LEBEAU,

Chargé en chef du service de la garnison et de l'hôpital de Bruxelles.

—

ÉTAT NUMÉRIQUE DES MALADIES TRAITÉES.

SERVICE MÉDICAL.

DÉSIGNATION des MALADIES.	Restaient au 1er juillet 1839.	Entrés pendant les six mois.	Sortis pendant les six mois.	Morts pendant les six mois.	Restaient au 31 décembre 1839.	OBSERVATIONS.
Affections légères . . .	»	31	26	»	5	
» du cœur. . .	»	11	10	1	»	
Angines.	»	10	7	»	3	
Aliénation mentale. . .	»	1	1	»	»	
Arthrites	»	12	10	»	2	
Affection granuleuse des reins.	»	4	2	»	2	
Bronchites aiguës . . .	2	13	12	»	3	
» chroniques. . .	»	3	3	»	»	
» emphysémateuses.	»	2	1	»	1	
Congestions cérébrales. .	2	5	7	»	»	
Choléra-morbus. . . .	1	2	3	»	»	
Colites (diarrhées) . . .	»	35	35	»	»	
» (dysenteries). .	1	54	46	9	»	
Congestion hémorrhoïdaire.	»	1	1	»	»	
Convalescence de péripie.	1	»	1	»	»	
Dothinentérites. . . .	6	41	35	6	6	
Érysipèles à la face. . .	»	3	3	»	»	
Epilepsie	»	1	1	»	»	
Epanchements pleurétiques	1	1	2	»	»	
» hydro-péricardites .	1	1	»	1	1	
Fièvres intermittentes quotidiennes.	2	31	27	»	6	
» » tierces. . . .	1	31	30	»	2	
» » quartes. . . .	»	4	3	»	1	
» » erratiques. . .	»	2	2	»	»	

DÉSIGNATION des MALADIES.	Restaient au 1er juillet 1839.	Entrés pendant les six mois.	Sortis pendant les six mois.	Morts pendant les six mois.	Restaient au 31 décembre 1839.	OBSERVATIONS.
Fièvres intermittentes anciennes.	»	4	3	»	1	
» » et bronchite . .	»	1	1	»	»	
» » et gastrites . .	1	1	2	»	»	
» » et diarrhée. . .	»	1	1	»	»	
Gastrites	4	17	21	»	»	
Gastro-entérites. . . .	8	30	35	1	2	sur aiguë
» » colites. . . .	»	2	2	»	»	
» » bronchites. . .	»	2	2	»	»	
Gastro-entero-bronchites .	»	1	1	»	»	
» colites	»	4	4	»	»	
» péricardite	1	»	»	1	»	
» duodénites. . . .	1	1	1	»	1	
» hépatites	»	7	6	»	1	
Gengivites.	1	2	2	»	1	
Hemoptysies.	3	1	4	»	»	
Hydrarthrose.	1	»	1	»	»	
Indigestion pendant la convalescence d'un typhus.	»	1	»	1	»	
Myélites chroniques . .	1	1	1	»	1	
Nostalgie	»	1	»	»	1	
Néphrite	»	1	1	»	»	
Otites	2	»	2	»	»	
Pleurésies.	1	7	8	»	»	
Pleurésie chronique. . .	1	»	1	»	»	
Péripneumonies	2	14	15	»	1	
Pleuro-pneumonies. . .	1	4	5	»	»	
Phthisies	»	16	9	5	2	
Pleurodynie	»	1	1	»	»	
Scarlatines	»	6	5	»	1	
Torticolis	»	1	1	»	»	
Varioles	»	15	3	»	12	
Varioloïdes	1	5	3	»	3	
Zona.	»	1	1	»	»	
Total	47	447	410	25	59	
	494		494			

SERVICE CHIRURGICAL.

Aphthe.	»	1	1	»	»
Affections légères . . .	»	13	13	»	»
Abcès divers.	13	21	32	»	2
» scrofuleux . . .	1	2	2	»	1
» fistuleux	1	»	1	»	»
» oreille interne (suite de typhus).	»	1	»	1	»

DÉSIGNATION des MALADIES.	Restaient au 1er juillet 1839.	Entrés pendant les six mois.	Sortis pendant les six mois.	Morts pendant les six mois.	Restaient au 31 décembre 1839.	OBSERVATIONS.
Brûlure 1er degré . . .	»	1	1	»	»	
Bubon accidentel. . . .	»	1	1	»	»	
Contusions	»	7	7	»	»	
Coups de pied de cheval.	2	18	15	»	5	
Carie des côtes. . . .	»	1	1	»	»	
Congestion cérébrale par suite de lésion externe.	»	1	»	»	1	
Dartres psoriques . . .	»	3	3	»	»	
» muqueuses . . .	»	1	1	»	»	
» pustuleuses. . .	»	1	1	»	»	
» squameuse. . .	»	1	»	»	1	
» mentagre. . . .	»	2	2	»	»	
» syphilitique. . .	»	1	1	»	»	
» labiale	»	1	1	»	»	
Didymites accidentelles .	»	3	2	»	1	
Érysipèles à la face. . .	1	1	2	»	»	
Érysipèles.	2	»	2	»	»	
Entorses	»	2	»	»	2	
Engorgement des glandes de l'aine.	»	2	»	»	2	
» » du cou. .	3	5	6	»	2	
Fractures jambe droite. .	1	1	2	»	»	
» bras	»	1	1	»	»	
» de la clavicule.	»	1	1	»	»	
» de l'humérus. .	»	1	1	»	»	
» intra-capsulaire du fémur	»	2	2	»	»	
» de la clavicule et luxation de l'humérus.	»	1	1	»	»	
» de l'olécrâne et luxation du radius. .	»	1	1	»	»	
» de l'olécrâne. .	1	»	1	»	»	
Furoncles.	3	8	9	»	2	
Gengivites.	»	2	2	»	»	
Hydrocèle de la tunique vaginale.	»	1	»	»	1	
Hydrarthroses	»	6	5	»	1	
Hernie inguinale. . . .	»	1	1	»	»	
Luxation de l'épaule. .	1	»	1	»	»	
Otites	»	3	3	»	»	
Otite chronique. . . .	»	1	1	»	»	
Onglades	»	2	2	»	»	
Orchites accidentelles. .	»	2	1	»	1	
Périostose.	1	»	1	»	»	
» des côtes. . .	»	1	1	»	»	
Phlegmon au coude. . .	»	1	1	»	»	
Phlyctènes aux pieds. .	3	3	6	»	»	
Panaris	»	1	»	»	1	
Phymosis opérés. . . .	»	4	4	»	»	

DÉSIGNATION des MALADIES.	Restaient au 1er juillet 1839.	Entrés pendant les six mois.	Sortis pendant les six mois	Morts pendant les six mois.	Restaient au 31 décembre 1839.	OBSERVATIONS.
Plaies simples	7	3	10	»	»	
» contuses	»	8	8	»	»	
» légères.	»	3	3	»	»	
» de tête.	»	3	3	»	»	
» et commotion cérébrale.	1	»	1	»	»	
Rétrécissement du canal de l'urèthre.	»	1	1	»	»	
Rupture de quelques fibres des muscles droits abdominaux	»	1	1	»	»	
Scoliose.	»	2	2	»	»	
Scrofules	»	1	»	»	1	
Sclérôme	»	1	1	»	»	
Surdité.	»	1	1	»	»	
Ulcères.	2	3	»	»	5	
Total	43	161	174	1	29	
	204		204			

SERVICE DES VÉNÉRIENS.

Syphilis sous toutes les formes	30	139	143	»	26
	169		169		

SERVICE DES OPHTHALMIQUES.

Ophthalmies diverses. .	26	96	107	»	15
	122		122		

SERVICE DES GALEUX.

Gales	46	454	474	»	26
	500		500		

RÉCAPITULATION.

	Restaient	Entrés.	Sortis.	Morts.	Restent.
Fiévreux	47	447	410	25	59
Blessés.	43	161	174	1	29
Vénériens	30	139	143	»	26
Ophthalmiques	26	96	107	»	15
Galeux	46	454	474	»	26
Total	192	1297	1308	26	155
	1489		1489		

SERVICE MÉDICAL.

Comme on le voit par le tableau ci-dessus, les maladies qui ont dominé sont la *dothinentérite* et la *dysenterie.*

Bien que la *dothinentérite* ait régné épidémiquement pendant ce semestre, la mortalité a néanmoins diminué comparativement aux précédents : en effet, sur 47 malades traités, 6 seulement ont succombé; c'est environ un décès sur huit malades.

Je crois nécessaire de m'étendre un peu sur la méthode de traitement que j'ai employée; les saignées générales et locales répétées à de courts intervalles en font la base; il est indispensable en même temps de prêter une attention extrême à l'observation des soins hygiéniques les plus minutieux, d'assurer les évacuations excrémentitielles, de prescrire un régime approprié et quelquefois de passer du traitement antiphlogistique aux moyens toniques par une transition bien ménagée : deux hommes ont été guéris malgré leur état désespéré; l'un a été retenu pendant plusieurs mois à l'hôpital pour de vastes abcès qui se sont formés presque sur toutes les parties du corps; l'autre réduit à

un état d'émaciation extrême a eu le sacrum et les trochanters dénudés par la chute de larges eschares; les soins éclairés et persévérants dont ils ont été entourés de la part de MM. les officiers de santé, chargés du service chirurgical, ont certainement arraché ces hommes à une mort imminente.

Voici du reste comme ce traitement est ordinairement dirigé :

A son entrée à l'hôpital, le malade est mis à la diète la plus absolue, on lui donne des boissons acidulées, on le place contre la lumière. Une saignée de 15 à 20 onces est pratiquée; 15 à 20 sangsues sont appliquées sur la région iliaque droite; après leur chute, un cataplasme recouvre les piqûres. Le soir, une deuxième saignée est pratiquée. Le lendemain, si le pouls conserve de la dureté, de la plénitude, de la fréquence, qu'il y ait vertige et stupeur, une troisième saignée est faite et même dans certains cas, une quatrième et une cinquième, en même temps que des sangsues ou des ventouses scarifiées sont posées sur la région iliaque droite, aussi longtemps que les signes locaux de l'inflammation sont manifestes. Si, nonobstant cette médication active, la stupeur et le délire persistent, des sangsues sont appliquées sur le trajet des jugulaires ou aux apophyses mastoïdes; des lotions froides et vinaigrées sur le front, de la glace sur la tête et finalement un vésicatoire à la nuque succèdent avantageusement aux déplétions sanguines : la bronchite est combattue par des rubéfiants cutanés, la paralysie de la vessie par des cathétérismes répétés, la sécheresse de la peau par des bains et les autres phénomènes, selon les indications qu'ils présentent, par de légers toniques, une sage expectation, ainsi que par la stricte observation des lois de l'hygiène. Les résultats que j'ai obtenus par cette méthode sont à peu près identiques à ceux dont parle M. Gouzée d'Anvers qui a traité cinquante-six malades atteints de dothinentérite par les saignées répétées à de courts intervalles et qui, sur ce nombre, n'en a perdu que six.

J'ai cru inutile de vous parler des symptômes de la dothinentérite, parce que cette maladie est trop généralement connue.

La *dysenterie* éclata à Bruxelles vers la fin de juillet 1859. Cette épidémie fut signalée, à son début, par un grand nombre de diarrhées, bénignes en général et cédant au bout de quelques

jours à de légères évacuations sanguines, à des doses modérées d'opium et à un régime amylacé. Lorsqu'elles ne présentaient aucun caractère de gravité, les médecins des corps les traitaient avec succès à la caserne. La dysenterie continua à sévir pendant les mois d'août et de septembre, et ne cessa entièrement que dans les premiers jours d'octobre.

Le nombre total des dysentériques traités, s'élève à 54, celui des guérisons à 45, celui des décès à 9. C'est donc un décès sur 6 malades.

Le 10me régiment a fourni 32 cas, le 3me bataillon du 11me régiment 2, le 2me bataillon du régiment d'élite 9, le régiment des guides 4, l'artillerie 7. Total 54. Dans la caserne de Ste-Élisabeth il a été fourni par le 10me régiment et par l'artillerie 39 cas. Dans celle du Petit-Château par le bataillon du 11me et celui du régiment d'élite 11 cas. Dans celle des Annonciades par les guides 4. Total 54. Il est à remarquer que la caserne du Palais du Prince d'Orange n'a offert aucun cas de dysenterie.

Bien que tous les auteurs en donnent des descriptions plus ou moins complètes, je crois utile de vous tracer succinctement les symptômes de cette maladie que nos propres observations nous ont permis de constater pendant plus de deux mois et sur plus de 50 sujets.

Invasion. — L'invasion de la maladie est signalée, dans la plupart des cas et lorsqu'elle ne débute pas, tout d'un coup, par son summum d'intensité, par des douleurs vagues dans l'abdomen autour de l'ombilic, dans la région du colon et des lombes, douleurs qui augmentent par la pression. Il survient de légères coliques, les selles sont plus ou moins fréquentes, muqueuses, séreuses ou bilieuses, l'appétit est variable, il y a soif, céphalalgie, chaleur à la peau, accélération du pouls, etc.

1re *Période.* — Lorsque les coliques existent elles sont fortes, précédant tantôt les évacuations, tantôt les accompagnant, tantôt les suivant, ou dans d'autres cas offrant ces trois caractères réunis; selles striées de sang, ou mélangées ou formées de sang pur, grumeleuses, suivies d'épreintes et de ténesmes. Le ventre est tuméfié, le trajet du colon se dessine sous les parois abdominales, les régions iliaques palpées font reconnaître la présence

de gaz et de matières liquides, la douleur se fait ressentir plus particulièrement à gauche, il y a, comme dans la période d'invasion, réaction fébrile.

2me *Période.*—Le nombre de selles augmente en même temps que la matière excrétée est moins abondante, le malade est tourmenté par de vives épreintes, le ténesme augmente, après de violents efforts il ne rend que quelques mucosités sanguinolentes. Les évacuations s'élèvent, terme moyen, à quinze ou vingt dans les vingt-quatre heures, elles sont de plus en plus sanguinolentes, ressemblent à de la raclure de chair crue, nageant dans un liquide mucoso-bilieux, quelquefois purulentes et exhalant toujours une odeur repoussante. Nous avons vu chez trois ou quatre malades des selles qui contenaient des vers intestinaux. L'abdomen est rétracté, il n'y a pas de céphalalgie, la face est pâle, terreuse, les yeux cernés et caves, la parole éteinte, le nez, la langue et l'haleine froids, les extrémités glacées et légèrement cyanosées, une dysurie opiniâtre et une soif ardente tourmentent le malade, le délire est rare, dans la plupart des cas l'intelligence est conservée, la prostration est extrême, absence du pouls, regard éteint, hoquet, mort.

Le vomissement n'a pas été souvent remarqué, ce n'est pas du reste un signe fâcheux. Lorsque la maladie n'a pas cette issue déplorable, ou elle se termine à la première période par le retour à la santé, ou à la deuxième, avec cette différence que les selles deviennent muqueuses, bilieuses, stercorales, la calorification se rétablit, le pouls se relève, la soif diminue, l'appétit renaît et le malade entre promptement en convalescence.

Dans les cas désespérés, les malades succombent en déans les cinq jours; dans les autres dix à quinze jours suffisent pour la guérison qui est complète et durable. Je n'ai pas observé de récidives encore moins de passages à l'état chronique.

La maladie n'a pas présenté de complications : au début de l'épidémie, toutes les affections sommeillaient; j'avais à peine trois fièvres intermittentes dans mes salles et quelques entérites folliculeuses pendant qu'elle sévissait avec le plus de force : à son déclin, deux ou trois dysenteries passèrent par une transition ménagée à la dothinentérie.

Trois cas de dysenteries survenues dans l'hôpital même me font croire, jusqu'à un certain point, à la contagion de la maladie, par la voie des déjections.

Traitement. — Saignées générales, larges et répétées pendant la première période, saignées locales, potions opiacées, cataplasmes, diète, boissons tièdes, émollientes ou acidulées.

Pendant la seconde, saignées locales moins fréquentes et moins abondantes, opiacés, bains tièdes, vapeurs alcooliques, vin chaud aromatisé, vésicatoire sur l'abdomen, température plus élevée, vêtements de flanelle, couvertures de laine, etc. Isolement des malades, enlèvement prompt des matières excrétées, dégagement de chlore, répartition des malades dans diverses salles.

Lésions cadavériques. — Tube digestif rouge par plaques, les trois membranes du colon considérablement épaissies, offrant de nombreuses végétations rouges ou grises ressemblant à l'écorce du liége ou d'un vieux chêne, quelquefois le mésentère est injecté, les glandes mésentériques épaissies : nous avons vu aussi la muqueuse criblée d'ulcérations comme si elles eussent été faites par des emporte-pièces de formes variées. Les végétations dont je parle ont l'épaisseur d'un pouce et sont formées des parties concrétées du sang épanché; on y aperçoit au microscope des vaisseaux de nouvelle formation. Quelques portions ont été conservées dans l'alcool.

Les autres organes sont sains en général, le ventricule gauche du cœur, a été trouvé quelquefois rétréci, ramolli et hypertrophié.

Considérations générales, causes. — Cette maladie est épidémique en automne et apparaît surtout lorsque la température est chaude et humide ou lorsqu'à de grandes chaleurs, succèdent des pluies abondantes. Je n'ai trouvé aucune cause spéciale d'où put dépendre le développement de cette affection dans les circonstances actuelles.

Moyens préventifs. — J'ai recommandé aux médecins des corps d'apporter une attention toute particulière à la propreté des casernes, à la nourriture du soldat; de veiller à l'assainissement des latrines, de s'entendre avec les chefs des corps pour

rendre le service de la place moins pénible et de diriger immédiatement sur l'hôpital les hommes atteints de la maladie.

Comme on le voit, la mortalité a été de neuf hommes sur cinquante-cinq cas graves, et si nous en déduisons trois morts sur les quatre premiers malades entrés, traités par une méthode moins énergique, si nous faisons remarquer en outre qu'aucune de ces maladies n'a passé à l'état chronique, que toutes les guérisons ont été solides, les convalescences rapides, le terme moyen de séjour de chaque malade de moins d'un mois, nous pourrons en conclure, peut-être, que la moyenne de la mortalité a été au-dessous de toutes les statistiques rigoureusement faites et que le traitement que nous avons suivi mérite de fixer l'attention de nos collègues.

Les *péripneumonies* ont été peu nombreuses et n'ont point occasionné de décès.

Les *pleurésies* ont été assez communes : cette maladie s'est plus d'une fois présentée à l'état latent, dans ce cas, si elle est méconnue, elle donne lieu à une érosion pulmonaire à travers laquelle le pus s'échappe dans les bronches. Cet état simule la phthisie pulmonaire. Je me suis sans cesse attaché à bien apprécier la différence des signes diagnostiques de ces deux maladies dont l'une est curable quand elle est reconnue; je possède une observation très-curieuse et très-complète d'un fait de cette espèce.

La *phthisie pulmonaire* s'est montrée moins fréquente.

Les *érysipèles* à la face que quelques grands médecins considèrent comme dangereux, ne font jamais de victimes traités par quelques saignées et des embrocations d'onguent mercuriel.

Les *arthrites* ont guéri rapidement par les saignées répétées unies à l'emploi des préparations de colchique et d'antimoine convenablement administrées. Nous avons eu de fréquentes occasions de constater ici combien souvent l'endocardite (inflammation de l'endocarde) se joint à l'inflammation des autres séreuses. Je remarquerai en passant que c'est surtout dans cette maladie que les saignées doivent être répétées un grand nombre de fois (de sept à dix dans le cours de la maladie), que la moindre hésitation, le moindre temps d'arrêt compromettent

gravement l'état du cœur, et les recherches que nous avons faites des causes des lésions organiques de ce viscère sur les malades si nombreux qui les présentent, nous ont démontré qu'elles ont presque toujours une arthrite traitée mollement pour point de départ.

Vingt-cinq cas de *variole* ou *varioloïde* ont réclamé nos soins : nous n'avons eu aucun décès à déplorer. Quelques-uns des militaires atteints de cette affection avaient été vaccinés, d'autres l'ignoraient, d'autres enfin avaient déjà eu la variole.

Le traitement a été simple; au début plusieurs malades ont été saignés.

Les *gastrites* et les *gastro-entérites* ne font plus guères de victimes; le décès de gastro-entérite porté sur l'état concerne un homme qui n'a vécu que deux heures à l'hôpital et à l'autopsie duquel nous avons trouvé une violente congestion sur toute l'étendue des viscères digestifs.

Nous avons encore observé pendant ce semestre plusieurs *maladies granuleuses des reins* (Bright). Deux sont sortis, un a succombé, et les reins ont présenté la maladie à son apogée. Chez tous les urines étaient fortement albumineuses.

SERVICE CHIRURGICAL.

Les *bubons non syphilitiques* ont été traités avec succès par la compression.

Une *carie* des septième et huitième côtes, suite d'une chute qui a provoqué un vaste abcès existant lors de l'entrée du malade, a été guérie par l'ouverture totale du sac et la rugination des portions cariées.

Les *plaies contuses* provenant de coups de pied de cheval ont fait, comme de coutume, le fond de la clinique chirurgicale : presque toutes existaient aux 2/3 supérieurs du tibia avec des lésions plus ou moins profondes du périoste et de l'os. Les incisions à fond, divisant toute l'étendue de la plaie et du périoste, sont avec les cataplasmes et l'onguent mercuriel les moyens qui nous réussissent constamment.

Les *engorgements des glandes du cou*, si fréquents au service

militaire, ont résisté moins que de coutume depuis que l'on a mis en usage l'huile de foie de morue qui paraît avoir une action spéciale lorsque les glandes du cou sont ulcérées. (Scrofules.)

Les *hydrarthroses* contre lesquelles on avait essayé la compression, n'ont pas guéri aussi bien que de coutume par ce moyen. On a dû revenir à la méthode antiphlogistique qui a été plus heureuse.

Parmi les *plaies de tête*, on en a remarqué qui, résultant d'un coup de sabre, portaient jusqu'à la table interne de l'os. Plusieurs ont nécessité l'extraction d'esquilles au moment de l'entrée des malades à l'hôpital. On a procédé à la réunion immédiate de ces plaies avec plus ou moins de succès : celles qui étaient contuses au plus haut degré, ont nécessité des incisions jusqu'à l'os.

Les *fractures* forment un rapport spécial que je joins ici.

—

OBSERVATIONS DE FRACTURES TRAITÉES PAR LE BANDAGE AMIDONNÉ.

MODE D'APPLICATION.

Fracture du fémur.

On doit appliquer avant tout le gantelet des orteils. Ce petit bandage doit être bien fait, si on veut éviter l'inflammation de ces parties. Inégalement serré, il peut déterminer des excoriations et même la gangrène; et comme une très-faible partie des orteils demeure à découvert, afin de juger ce qui se passe dans le membre entier, on pourrait alors prendre pour des accidents généraux, ce qui n'est qu'un simple travail local. Le gantelet est appliqué surtout, si on se dispose à faire marcher les malades dès les premiers jours : dans le cas contraire on peut s'en passer. On ne peut se dispenser d'envelopper tout le pied, le talon compris, d'un bandage roulé, et on le continue jusqu'au-dessus du genou. Pendant que le chirurgien fait cette application, un aide amidonne chaque tour de bande. On est dans l'habitude de matelasser tous les vides, et particulièrement la région du ten-

don d'Achille, cette précaution est toujours fort utile, mais dans beaucoup de circonstances, nous avons appliqué directement la bande sur la chair, et nous n'avons jamais remarqué d'accidents.

Si on rase tout le membre, ce qui doit toujours être fait, on ne doit jamais craindre ni la démangeaison, ni la douleur que pourrait provoquer l'amidon sur la peau, et souvent nous avons à titre d'expérience, enduit un membre fracturé d'une couche assez épaisse d'amidon, sans que nous ayons pu remarquer aucun des accidents signalés par plusieurs chirurgiens.

Après le bandage roulé de la jambe on s'occupe de la cuisse; plusieurs petites attelles en carton, déchirées plutôt que coupées, sont appliquées soit sur le membre à nu, ou bien, ce qui est préférable, sur une compresse qui entoure et qui fixe les fragments osseux. Ces petites attelles d'abord mouillées, sont enduites, sur leurs faces, d'amidon, et comme on le sait déjà, elles peuvent être appliquées sans aucun inconvénient, sur la chair. Si l'on est convenablement aidé, rien n'empêche qu'on ne continue le bandage roulé jusqu'au bassin. Cependant il est préférable de se servir du bandage à bandelettes séparées de Scultet, dont une première couche est appliquée sur la peau, puis une autre couche qui fixe les attelles de carton.

Le malade étant convenablement couché, on maintient cet appareil par deux longues attelles en bois, dont une est placée au côté interne du membre, et l'autre au côté externe. On fixe entre le membre et ces attelles quelques compresses graduées, que l'on assujettit par des ligatures. On peut encore ici et sans crainte, n'employer que les attelles et les ligatures. Ces attelles sont enlevées aussitôt que le bandage est desséché. On hâte la dessiccation en mettant le long du membre quelques cruchons en grès contenant de l'eau à un degré voisin de l'ébullition. Après vingt-quatre heures d'application, le malade peut prendre dans son lit différentes positions, mais nous permettons rarement la marche avant l'application d'un nouveau bandage roulé sur tout le membre, ce qui a lieu du sixième au huitième jour. Nous ferons remarquer, que nous ne permettons qu'avec réserve la marche, dans les premiers jours, et à moins de nécessité absolue, nous préférons que le malade passe les huit premiers jours au lit.

Si on est dans l'obligation de lever l'appareil, nous préférons inciser le bandage, que d'exposer la partie fracturée aux dislocations qui ne manquent jamais quand on déroule, ou qu'on défait partie par partie. Si le membre a diminué de volume, on enlève une partie du bandage, et on le resserre, en ayant soin de mettre de la charpie entre les lèvres du bandage.

Ce bandage bien simple a toujours suffi, même dans les fractures obliques. Nous ne nous sommes jamais servis de poids attachés aux pieds pour tirer le fragment inférieur, et nous n'avons jamais remarqué de raccourcissement.

Cet appareil a été mis en usage deux fois pour fracture du col du fémur. Nous avons seulement employé de plus larges attelles en carton, et nous les avons portées plus haut, moitié sur le bassin, moitié sur la cuisse. La guérison a été parfaite.

Fracture de jambe.

Si le tibia est seul fracturé, il suffit d'un simple bandage roulé et amidonné : nous recouvrons chaque circulaire dans les 3/4, et de cette manière nous remplaçons en quelque sorte le carton : beaucoup de fractures ont été ainsi traitées et bien guéries. C'est notre bandage de prédilection et presque le seul employé depuis plusieurs années. Le bandage de Scultet simple ou double, avec ou sans carton, peut ici être employé, le résultat est, au demeurant, tout à fait le même.

Dans les fractures du tibia et du péroné le bandage est le même, seulement nous ne manquons pas de matelasser la région du tendon d'Achille et d'appliquer en avant entre les deux os, une compresse graduée qui pousse les masses musculaires vers le ligament inter-osseux; de plus nous appliquons de préférence, quelques petites attelles longues, qui viennent quelquefois embrasser le pied.

Fracture de l'avant-bras.

Le gantelet est toujours nécessaire, qu'il y ait un ou deux os fracturés. Le bandage roulé et amidonné, recouvrant deux compresses graduées qui appuyent sur les muscles fléchisseurs et sur

les extenseurs, est suffisant. Les compresses graduées peuvent être recouvertes d'un morceau de carton attelle, surtout si la fracture est aux deux os. Le membre est demi-fléchi.

Fracture de l'olécrane.

Nous avons observé depuis quelques années plusieurs fractures de l'olécrane par coups directs. Toujours il existait beaucoup de gonflement, et surtout de la douleur. Après avoir employé pendant cinq à six jours l'eau froide jour et nuit, et avoir ainsi ramené les parties dans de bonnes conditions d'application d'un bandage inamovible, nous appliquons l'appareil amidonné. Nous maintenons le membre dans l'extension; nous affrontons ainsi parfaitement les fragments et vers le vingtième jour, nous détruisons ce bandage pour ramener le membre insensiblement dans la demi-flexion. Nous faisons même exécuter quelques mouvements. Nous n'avons pas encore remarqué l'ankylose.

Fracture de l'humérus.

Le bandage roulé et quelques attelles étroites constituent tout l'appareil. Il faut commencer aux doigts et finir plus ou moins haut, selon l'endroit de la fracture. On est quelquefois obligé de recouvrir le moignon de l'épaule si la fracture a lieu vers l'articulation supérieure. L'avant-bras est fléchi.

Fracture de la clavicule.

Pour les fractures de cet os, nous appliquons le bandage de Dessault; mais nous ne nous sommes jamais attachés scrupuleusement à ses règles. Nous élevons le coude, nous le rapprochons du corps, nous appliquons quelquefois un coussinet conique dans l'aisselle : la main portée vers la région pectorale du côté sain, les fosses sus et sous-claviculaires matelassées : le bandage roulé couvre toutes ces parties, on l'amidonne, et on envoye le malade auprès d'un feu assez fort pour accélérer la dessiccation.

Ce bandage de Dessault, demande à être surveillé presque

chaque jour; il faut souvent réappliquer quelques tours de bande soit pour le resserrer, soit pour fixer des circulaires qui se détachent aisément.

Le bandage amidonné ainsi réduit à sa plus grande simplicité, a néanmoins suffi dans tous les cas de fractures de membres, le mucilage d'amidon lui donnant une très-grande solidité.

OBSERVATIONS DU 2e SEMESTRE 1839.

Henet, guide au 5me escadron, a reçu, le 31 octobre, un violent coup de pied de cheval sur le 1/3 supérieur du tibia droit.

A son entrée à l'hôpital on reconnaît une fracture de cet os avec enfoncement de la partie frappée; il y a plaie communiquant à la fracture. Le gonflement est assez fort. Un sang noir s'écoule par la blessure.

Le malade est saigné immédiatement, et on applique un bandage contentif de Scultet; on arrose continuellement, pendant vingt-quatre heures, avec de l'eau froide.

Le lendemain de son entrée, au matin, le malade est bien, le gonflement a en partie cessé, on applique le bandage amidonné, après avoir fermé la plaie par du sparadrap. On a employé ici le bandage de Scultet double avec deux petites attelles en carton; on a matelassé la région du tendon d'Achille. Le soir un peu de réaction s'étant manifestée, le malade a été saigné une deuxième fois.

On a resserré le bandage trois fois. Vers la fin du traitement on a visité l'endroit fracturé; la plaie était cicatrisée; il s'était formé cependant de la suppuration mais on ne s'en est pas inquiété, le malade étant du reste bien portant. Trente-cinq jours ont suffi pour sa guérison.

Van Willeghem, guide au 2me escadron, entré le 22 octobre ayant une fracture de l'olécrane par suite d'un coup de pied de cheval. On affronte les fragments, on entoure tout le membre d'un bandage roulé, on le tient dans l'extension, et on applique pendant six jours de l'eau froide pour combattre les accidents inflammatoires locaux. Pendant ce temps le malade a été saigné deux fois. Le septième jour, bandage roulé amidonné: on res-

serre tous les quatre ou cinq jours; le vingtième jour on visite la fracture, il y a consolidation, on fait exécuter quelques mouvements, on ramène doucement l'avant-bras vers le bras. Le malade est sorti parfaitement guéri le 26 novembre ayant conservé tous les mouvements de l'articulation.

Guilliez, maréchal des logis au régiment des Guides, est entré à l'hôpital le 17 juillet, porteur d'une fracture de l'olécrane, déterminée par une chute de son cheval, qui s'est abattu pendant qu'il était lancé au galop. Le coude du côté droit appuyé contre le tronc a été fortement écarté entre une pierre et la garde de son sabre. Lors de son entrée il y avait un gonflement considérable et l'on sentait très-bien la fracture. L'olécrane était même brisé en trois esquilles dont une assez forte était séparée des deux autres par l'action du triceps. On a cru remarquer aussi un certain déplacement de l'extrémité supérieure du radius.

Après avoir replacé le radius on a réduit la fracture : un bandage roulé, quelques compresses étroites pour établir une espèce de bandage unissant, le membre maintenu dans l'extension, une attelle antérieure, furent employés d'abord. Pendant cinq jours il a fallu appliquer de l'eau froide, faire des saignées, etc. Après ce temps, la partie blessée étant dans un bon état, on a employé le bandage inamovible. Le vingt-cinquième jour on a commencé à faire exécuter des mouvements tout en ramenant insensiblement l'avant-bras vers le bras. Le malade est sorti guéri après quarante-neuf jours de traitement, n'ayant pas récupéré tous les mouvements de l'articulation, mais en ayant conservé suffisamment pour ses usages ordinaires. Depuis sa sortie, ce militaire est venu se montrer quelquefois, il obtenait chaque jour plus de facilité dans les mouvements du coude.

Melis, soldat au 10e régiment de ligne, est entré à l'hôpital le 17 septembre, ayant fait une chute sur des escaliers en pierre. Il était atteint de fracture des quatrième et cinquième métacarpiens de la main droite. Le bandage amidonné a été appliqué immédiatement, il n'a pas été renouvelé. Le malade est sorti guéri le 21 octobre.

Vandenborre, soldat au 9e régiment de ligne, est entré à l'hôpital le 9 juillet, ayant une fracture de la clavicule à deux en-

droits différents de cet os. Il rapporte qu'ayant voulu soulever un chariot pour graisser les roues, il a senti un fort craquement, et qu'il n'a plus su se servir de son bras.

En entrant à l'hôpital il était complétement ivre, et il fit une chute sur l'épaule du côté de la fracture. Cette fracture double a été facile à sentir, le fragment moyen jouait entre les autres, et en était même séparé, en dedans de six lignes et en dehors de dix à douze lignes.

Le bandage inamovible a été appliqué de suite, mais, dans ce cas, il a été enduit d'un mucilage de gomme arabique. Le malade est sorti guéri après quarante-cinq jours de traitement.

Van Coolveld, soldat aux guides, est entré le 11 août, ayant une fracture de clavicule droite, suite d'une chute de cheval.

Le bandage inamovible amidonné a été employé immédiatement. Le malade est sorti guéri pour aller en permission dans ses foyers.

Noël, soldat à la 7e batterie à cheval du 2e régiment d'artillerie, est entré à l'hôpital le 19 juillet, porteur d'une fracture comminutive du tiers supérieur de la jambe gauche (tibia et péroné), par suite d'un éboulement de terre. A son arrivée le membre était fléchi à l'endroit de la fracture. Il y avait un gonflement si considérable que le membre avait bien le double de son volume ordinaire. La peau était fortement distendue, luisante, et on sentait un vaste épanchement. La réduction ayant été opérée, on a appliqué le bandage de Scultet, ordinaire.

Le membre a été tenu hors du lit, sur une table, il a été soumis à des irrigations continuelles d'eau froide. Ce moyen continué six jours, aidé de trois saignées générales a permis l'emploi du bandage amidonné après ce temps. Le bandage de Scultet double, quelques attelles en carton ont servi dans ce cas. Après deux mois le malade était bien guéri. Il n'est cependant sorti de l'hôpital que le 21 octobre, mais dans ce dernier mois il était utilisé comme garde-chambre.

SERVICE DES VÉNÉRIENS.

Les mêmes formes de la *syphilis* se reproduisent ordinairement dans les mêmes proportions; ainsi suivant leur fréquence,

on trouve successivement l'*uréthrite* et les *ulcères* et ces affections avec leurs complications.

Cette maladie a été traitée d'après ce principe : Qu'il faut guérir dans le plus court espace de temps et en même temps guérir radicalement.

Les *uréthrites* ont été traitées par les injections astringentes, par les anti-blennorrhagiques internes (copahu, cubèbe, etc.) et par ces deux médications réunies.

Les *ulcères* ont été cautérisés avec le nitrate d'argent fondu et l'application de quelques topiques, tels que l'eau de Goulard, la solution de deuto-chlorure de mercure, le vin aromatique, l'onguent mercuriel, le cérat au calomel, etc. On a combiné ce traitement avec les préparations mercurielles internes dans les cas d'ulcères anciens ou indurés.

Les *bubons* ont exigé divers moyens dont les principaux sont : la compression, les sangsues, les cataplasmes, l'onguent mercuriel, les vésicatoires, les solutions de sublimé, etc.

La *didymite* sans douleur a cédé quelquefois avec une rapidité étonnante à la compression méthodique au moyen de bandelettes de sparadrap ; les autres moyens qui ont été également employés, sont les sangsues, les cataplasmes, l'onguent mercuriel, les bains locaux et généraux, la glace, les réfrigérants, etc.

Les *pustules plates* à l'anus et au scrotum cèdent en général au bout de peu de jours aux applications de calomel et aux lotions avec le chlorure de chaux ; une méthode mixte, basée sur ce qui précède a été mise en usage contre les maladies compliquées.

SERVICE DES OPHTHALMIQUES.

Je ne dirai que peu de mots sur l'*ophthalmie*. Il paraîtra, sans doute, incessamment dans les journaux de médecine des articles spéciaux fournis par des hommes à même d'en faire une étude complète et de comparer les diverses méthodes de traitement.

L'*ophthalmie blennorrhagique*, dont je parlerai seulement, a été traitée par les saignées réitérées, la potion de Chopart et l'application d'un large vésicatoire à la nuque : ces moyens sont employés simultanément, et d'habitude au bout de trois ou quatre

jours, la sécrétion mucoso-purulente des conjonctives a cessé en même temps que celle du canal de l'urèthre.

Bruxelles, 1er janvier 1840. Dr Lebeau.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
PROPRIÉTÉ VOMITIVE DE LA NARCITINE;

Par **Ch. Jourdain, d. m.**, à Binche.

Nous avons fait connaître les résultats de nos recherches sur les propriétés du narcisse des prés (*Bull. méd. belge, sept.* 1839) (1). Nous avons constaté que cette plante contient abondamment,

(1) Voici ce que M. Jourdain disait des propriétés de cette plante.

« Le narcisse des prés est un émétique doux et sûr. C'est à cette propriété que nous croyons devoir attribuer son efficacité dans une foule d'affections différentes. C'est à son influence sur l'absorption et les sécrétions qu'on peut rapporter à notre avis, les avantages qu'en ont retirés Lejeune et Loiseleur-Delonchamp, dans la dysenterie, dans la fièvre; Dufrenoy, dans la coqueluche, l'épilepsie, le tétanos; Laënnec, dans l'asthme, etc, etc.

» Nous avons employé le narcisse, sous forme de poudre, de teinture, de vinaigre et d'extrait, tantôt à doses *absorptives*, tantôt à doses *vomitives*. L'alcoolé et le vinaigre étaient préparés avec une partie de poudre de bulbe de narcisse, sur huit d'alcool ou de vinaigre.

» Pour provoquer le vomissement, nous avons employé ces diverses préparations, à doses plus fortes que ne le faisaient Armé, Waltecamp, Lejeune, Loiseleur-Delonchamp. Ces médecins administraient la poudre de narcisse par fractions trop faibles à des intervalles trop éloignés.

» Le principe actif du narcisse des prés (*narcitine*) est contenu dans toutes les parties de cette plante Il est soluble dans l'eau, l'alcool et le vinaigre. Obtenu par l'évaporation de l'alcoolé de narcisse, il est solide, transparent, jaunâtre, friable et très-déliquescent. Son odeur est presque nulle, sa saveur douce et visqueuse.

» Les squames desséchées de narcisse contiennent presque la moitié de leur poids de *narcitine*. Ce principe est moins abondant dans les fleurs. La hampe abonde en extractif avant le développement de la fleur. Lorsqu'elle commence à se flétrir, elle ne contient plus, ainsi que les feuilles, qu'un peu de gomme, de fibre végétale, etc, etc.; le contraire a lieu pour le bulbe. Il est moins riche en matière extractive pendant la végétation.

» Selon M. Dufrenoy les fleurs contiennent un principe volatil narcotique auquel il attribue les effets du narcisse. Mais la *narcitine*, efficace contre les affections convulsives, ne contient point ce principe volatil. Elle agit dans ces circonstances, comme l'émétique, l'ipécacuanha, sédatifs souvent plus puissants que le musc et le camphre. »

dans toutes ses parties, et surtout dans le bulbe, un principe immédiat blanc, transparent, d'une saveur et d'une odeur faibles, déliquescent, soluble dans l'eau, l'alcool et le vinaigre; dans lequel réside la vertu émétique du narcisse, et que nous avons proposé d'appeler *narcitine.*

Nous avons étudié, depuis, les autres espèces de narcisse, et nous avons trouvé que la narcitine existe, à peu près dans les mêmes proportions, dans le narcisse sauvage, le narcisse tazette, et le narcisse des poëtes. La jonquille est moins visqueuse que les espèces précédentes. Le bulbe desséché du narcisse des prés contient :

narcitine.	37
gomme	6
tannin.	24
ligneux	28
substance saline . .	»
huile volatile. . . .	»

Les fleurs de narcisse ne contiennent guère que 25 parties de narcitine.

Les médecins qui se sont occupés de cette plante, paraissent n'avoir étudié que la fleur.

Le bulbe de narcisse, dit Guibourt, est médiocrement purgatif : cette assertion est radicalement fausse. Nous avons employé cette substance plus de cent fois, et nous n'avons vu son administration suivie de déjections alvines, que dans un cas, *chez un phthisique.* Jamais le vomissement n'a manqué.

En résumé, la narcitine est un émétique précieux qu'on emploiera avec avantage dans un très-grand nombre de cas, et notamment dans les maladies des voies digestives, et les affections qui en dépendent, etc. Mais dans les maladies très-graves, telles que le croup, les pneumonies morbilleuses, etc., nous ne croyons pas que le tartre stibié puisse être remplacé par aucune autre substance émétique. La narcitine provoque le vomissement aussi sûrement que les antimoniaux; mais son influence, sur l'absorption et les sécrétions, est bien moins marquée.

Les tableaux suivants feront connaître les effets, les divers modes de préparation, et la posologie du narcisse sauvage.

PREMIER

POUDRE DE BULBE DE NARCISSE.

Dans une infusion sucrée de feuilles d'oranger.

Décoction des squames, édulcorée.

SEXE.	AGE.
Garçon.	3 ans.
id.	4
id.	6
id.	10
Fille.	16
id.	22
id.	28
Homme.	30
Femme.	46
id.	48

DEUXIÈME

TEINTURE DE NARCISSE DES PRÉS (poudre de narcisse 1, alcool à 20° 8).

Formule magistrale :

Pr. : teinture de narcisse. } ââ p. e.
sp. de roses pâles. . }
eau dist. de tilleul. . }
M.

Fille.	4 ans.
Garçon.	4
Fille.	10
id.	19
id	22
Homme.	25
id.	27
Fille.	29
Homme.	42
id.	48

TROISIÈME

VINAIGRE DE NARCISSE (p. de narcisse 1, vinaigre 7, alcool 1).

Formule magistrale :

Pr. : vinaigre de narcisse. } ââ 1
infus. de fl. de sureau. }
miel. 2
M.

Fille.	3 ans.
id.	4
Garçon.	12
id.	18
id.	21
Femme.	27
id.	32
Homme.	36
id.	52
id.	60

QUATRIÈME

NARCITINE.

Sirop de narcitine.

Pr. : narcitine q. q.
sirop de sucre. . . . ℥v
eau de laurier cerise. } ââ ʒj
— de fl. d'oranges. }
M.

Garçon.	2 ans.
Fille.	5
Garçon.	7
id.	10
Fille.	13
Garçon.	19
Femme.	30
Homme.	34
Femme.	38
Homme.	45

TABLEAU.

TEMPÉRAMENT.	MALADIE.	DOSE.	VOMISSEMENTS.	SELLES.
Lymphatique.	Indigestion.	10 grains.	4	
id.	Coqueluche.	12	3	
id.	Rougeole.	15	3	
Sanguin.	Catarrhe pulm.	18	6	
id.	Epistaxis.	40	7	
Nerveux.	Amenorrhée.	60	4	
id.	Hystérie.	ʒi	5	
Lymphatique.	Pleurésie.	ʒis	3	
Sanguin.	Encéphalohemie	ʒij	3	
id.	Métrorrhagie.	ʒij	4	

TABLEAU.

Lymphatique.	Vomissement.	ʒi grains.	4	
id.	Diarrhée.	ʒij	3	
id.	Catarrhe pulm.	ʒiij	2	
Sanguin.	Amenorrhée.	ʒvj	4	
Nerveux.	id.	ʒvj	5	
Lymphatique.	Phthisie.	℥i	4	3
id.	id.	℥is	5	
id.	id.	℥is	7	
Sanguin.	Asthme.	℥ij	4	
Bilieux.	Emb. gastrique.	℥ij	5	

TABLEAU.

Lymphatique.	Coqueluche.	ʒi grains.	3	
id.	Rougeole.	ʒij	4	
Sanguin.	Dysenterie.	ʒiv	2	
id.	Hémoptysie.	ʒvj	4	
id.	Phthisie.	℥i	5	
Bilieux.	Emb. gastrique.	℥i	6	
id.	Fièvre bilieuse.	℥i	4	
id.	id.	℥is	3	
Sanguin.	Asthme.	℥ij	5	
Bilieux.	Colique.	℥ij	6	

TABLEAU.

	Coqueluche.	3 grains.	5	
	id.	6	3	
Lymphatique.	Indigestion.	8	5	
id.	Catarrhe.	10	4	
id.	id.	12	6	
id.	Pleurésie.	18	5	
Nerveux.	Hystérie.	20	7	
Bilieux.	Emb. gastrique.	24	5	
id.	Fièvre bilieuse.	30	5	
Lymphatique.	Pleurésie.	36	4	

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

—

RECHERCHES MICROSCOPIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU;

Par GLUGE,

Professeur à l'Université de Bruxelles (1).

INTRODUCTION.

Tout en reconnaissant les immenses services que l'anatomie pathologique a rendus, jusqu'ici, au diagnostic des maladies, nous devons dire que son influence sur la connaissance de leur nature et de leur traitement, a été très-restreinte. Il devait en être ainsi, car les moyens ordinaires d'investigation ne suffisaient pas pour nous faire connaître les changements dans la structure et la composition intime des organes. C'est dans les vaisseaux de 1/100 millimètre de diamètre, entre des fibres beaucoup plus fines encore, que les phénomènes physiologiques et pathologiques se passent. L'œil nu ne saurait pénétrer jusque là : voilà la cause pour laquelle nous savons bien que tel ou tel organe a changé de consistance, etc., mais qui nous permet rarement de préciser quels sont les tissus affectés.

Prenons, par exemple, l'affection des reins connue sous le nom de maladie de Bright; aussi longtemps que nos connaissances se bornaient aux changements de couleur et de consistance, on ne

(1) Les observations que je viens présenter au public médical étaient, dans l'origine, destinées à faire partie d'un ouvrage plus étendu sur le ramollissement des centres nerveux. Un extrait succinct en a été publié dans le compte-rendu de l'Académie des sciences de Paris en 1837. D'autres travaux m'ont empêché de donner, jusqu'à présent, plus d'étendue à mon mémoire, cependant, je ne crois pas pouvoir différer plus longtemps la publication de ces observations afin d'engager les pathologistes à s'occuper plus activement, et dans la voie expérimentale, de ce sujet important. J'ajouterai bientôt les dessins et les résultats des nombreuses expériences que je viens de faire sur des animaux et qui confirment pleinement mes observations sur le cerveau de l'espèce humaine. *Bruxelles*, 20 *janvier* 1840.

pouvait pas être étonné que les uns rangeassent cette maladie à côté des hypertrophies, les autres, au nombre des inflammations. Pour pénétrer plus avant il aurait fallu observer les canaux urinifères des reins, les vaisseaux capillaires, le sang, etc. — L'action des remèdes est plus difficile encore à expliquer; là, l'observation présente de bien grands obstacles à surmonter, car pour apprécier en entier cette action il faudrait pouvoir reconnaître les combinaisons qui s'opèrent entre les molécules de ces substances et celles des tissus auxquels on les applique.

Cette nécessité de connaître plus exactement la nature des modifications de structure des organes est généralement sentie, et c'est avec infiniment de plaisir que nous voyons, dans le sein des différentes sociétés médicales de l'Europe, les praticiens les plus distingués recourir aux deux moyens qui seuls contribuent à la solution d'un grand nombre de problêmes. — Je veux parler du microscope et de l'analyse chimique.

Pour arriver à la détermination de la nature du ramollissement des centres nerveux, je tire le plus grand avantage du microscope; mais avant d'exposer mes recherches sur cet état morbide, je crois devoir décrire la structure intime de ces organes, telle qu'elle a été adoptée par un grand nombre d'anatomistes et confirmée par mes propres observations.

I.

§ 1. *Structure du cerveau.*

Le cerveau se compose, essentiellement, comme on sait, d'une matière blanche et grisâtre parcourue par des vaisseaux.

Substance blanche ou médullaire. — Soumise à un grossissement de 250 fois, on voit toute la substance composée de corps cylindriques blanchâtres, non interrompus, élastiques, et qui forment par cette élasticité même des renflements assez réguliers d'un 1/100 millimètre de diamètre.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la question de savoir si ce sont de véritables canaux, quoiqu'ils en présentent toute l'apparence. Des réseaux nombreux de vaisseaux capillaires remplissent les intervalles qui séparent ces canaux nerveux (nous leur donnerons ce nom afin d'abréger notre description).

Substance grise ou corticale.— Des vaisseaux capillaires beaucoup plus nombreux la parcourent. Elle contient principalement des canaux semblables aux précédents, mais plus étroits, entremêlés de corps globuleux pointillés.

§ 2. *Structure de la moelle épinière.*

La moelle épinière se compose de canaux semblables à ceux du cerveau; mais un certain nombre d'entre eux présentent dans leur intérieur une substance demi-globuleuse. Le nombre des vaisseaux capillaires se rapproche de celui de la substance blanche du cerveau.

Comme on peut poursuivre bien loin chaque canal nerveux, il est à présumer que chaque fibre commence dans le cerveau, parcourt les nerfs, et la moelle épinière, et se termine à la périphérie du corps.

Tels sont les détails que nous avons cru nécessaires pour pouvoir exposer plus clairement nos observations sur le changement que subit le cerveau dans le ramollissement.

Il me reste à faire connaître les résultats de nos recherches sur l'inflammation, parce que c'est principalement celle-ci qui nous occupera plus tard (1).

§ 3. *De l'inflammation.*

Le sang considéré dans son cours dans les vaisseaux capillaires contient en suspension dans un liquide incolore, des corpuscules de 1/100 de millimètre de diamètre, aplatis, lenticulaires, colorés en rouge.

Le liquide contient en *dissolution* l'albumine, la fibrine et quelques sels. Les corpuscules contiennent un petit noyau solide renfermé dans une enveloppe membraneuse.

Pour empêcher le contact des globules avec les parois des vaisseaux, une couche de serum reste en repos. L'eau ôte aux globules leur rougeur sans dissoudre l'enveloppe. D'après mes observations, je distingue les cinq changements morbides suivants dans les vaisseaux capillaires, dont le premier et le second

(1) Voyez Gluge, *Anatomisch microscopische untersuchungen Minden und*, Leipzig, 1838, dont la *Gazette médicale* de Paris 1839, a donné un extrait.

nous occuperont le plus dans le courant de notre travail.

1. *Congestion.* Dans cet état les vaisseaux capillairesd'un tissu se remplissent d'une grande quantité de sang. — La couche inerte de serum est envahie en même temps, de là, rougeur des tissus enflammés; en même temps lenteur de la circulation et dissolution de la matière colorante dans le liquor sanguinis.

2. *Engorgement.* Jusqu'ici on n'a pas eu d'idée bien nette sur le changement réel que l'on observe dans cet état morbide. Mes recherches m'ont permis d'établir les faits suivants :

Dans un des premiers degrés de l'inflammation et toutes les fois qu'un obstacle s'oppose à la libre circulation du sang, les parties enflammées peuvent se transformer de la manière suivante : les globules sanguins perdent leur couleur et leur volume et s'*agglomèrent* au nombre de trente à quarante; les agglomérations obstruent les vaisseaux, et la circulation ne se fait plus. Ces agglomérations d'une couleur noirâtre se présentent sous la forme de grands globules; on sépare facilement par la compression les globules qui les composent. Nous les appellerons, pour abréger, globules composés.

Ceux-ci ont 1/30 de millimètre et plus de diamètre. Les petits globules qui les composent sont demi-transparents et ont 1/400 à 1/500 de millimètre.

Comme les globules de pus constituent des corpuscules sphériques, de 1/100 de millimètre avec des points noirâtres il est impossible de confondre ces corps qui appartiennent à des périodes très-différentes de l'inflammation.

Il est encore impossible de le confondre avec les cellules d'épithélium, comme paraît le craindre le savant anatomiste de Berlin, M. Henle; car ces cellules se présentent même dans les canaux urinifères comme des cellules plus ou moins régulières renfermant un noyau.

Les parties liquides du sang transsudent à travers les parois des vaisseaux capillaires et changent la consistance et la couleur des organes. Les vaisseaux eux-mêmes se déchirent par cette véritable macération et on voit alors les agglomérations des globules, qu'on distinguait auparavant dans les vaisseaux, se mêler au liquide épanché, et se répandre dans les tissus.

La transformation des reins dans quelques degrés de la maladie de Bright, offre un exemple remarquable de ce changement. On trouve là, dans le plus grand nombre de cas, les corps de Malpighi (dernières terminaisons des artères) remplis de ces agglomérations qui continuent à remplir les vaisseaux jusqu'à la substance médullaire, où le sang normal recommence. De là, décoloration de la substance corticale, transsudation du serum dans les canaux urinifères, urine albumineuse, quelquefois teinte par la partie colorante dissoute du sang (1). L'engouement inflammatoire des poumons offre un second exemple remarquable de ce changement. Là aussi, tous les vaisseaux capillaires contiennent le sang altéré de la manière que nous venons d'indiquer. Il suffit de faire une légère incision et d'examiner le liquide adhérent au scalpel, pour trouver les agglomérations de globules. La manière la plus facile de provoquer leur formation, est d'injecter dans les veines jugulaires d'un chien, une petite quantité de mercure. On a cru longtemps que la matière blanche qui se rassemble autour des globules de mercure, était de la matière tuberculeuse. Il n'en est rien, c'est le sang et notamment ses globules qui sont changés. J'ajouterai que le ramollissement des tubercules se fait en général, de manière que les globules sanguins s'arrêtent, forment des agglomérations, et le serum qui transsude détermine une véritable macération. C'est une des causes fréquentes du ramollissement des tubercules, et c'est pourquoi on trouve si souvent ces agglomérations mêlées dans les cavernes des phthisiques, à la matière tuberculeuse qu'on distingue facilement des globules composés.

Du reste, chaque lésion mécanique peut produire en quelques jours les modifications du sang que nous venons de décrire.

3. Dans un autre degré de l'inflammation c'est la fibrine qui transsude dans les tissus. (Nous citerons comme exemple l'hépatisation.)

4. Formation de pus, qui ramollit les tissus dans l'hépatisa-

(1) Nous communiquerons plus tard quelques cas où les reins dans la maladie de Bright offrent une transformation tout à fait différente. Voyez mes *Recherches anatomico-pathologiques*, Minden et Leipzig, 1838, et *Gazette médicale* 1839.

tion grise des poumons par exemple; celle-ci n'est, d'après mes recherches, qu'une suppuration. Je n'y ai jamais trouvé autre chose que des globules de pus.

5. Gangrène. Dans les degrés précédents, les liquides seuls s'altèrent; dans la gangrène au contraire, ce sont les tissus mêmes qui changent. Ils se dissolvent en *molécules visibles* au microscope, qui, pendant quelque temps, conservent même encore la direction des fibres (1).

Telles sont les recherches dont nous avons dû d'abord exposer les résultats, pour faire comprendre nos observations sur le ramollissement du cerveau.

II.

De la nature du ramollissement du cerveau.

Observations.

L'aspect extérieur du ramollissement a été décrit si souvent et avec tant de soin, que nous croyons pouvoir nous occuper immédiatement des modifications qui s'opèrent dans la structure intime du cerveau.

Les cas de ramollissement de l'encéphale que nous avons observés se rapportent aux âges les plus différents, depuis celui de 15 ans jusqu'à la vieillesse. Les sujets qui les ont offert, avaient présenté, pendant la vie, un nombre plus ou moins grand de symptômes de paralysie, ou des dérangements des fonctions cérébrales.

Les ramollissements que nous avons rencontrés, se divisent, quant à la couleur, en deux classes.

La première présentait une teinte rouge jaunâtre très-variable.

La deuxième une couleur parfaitement blanche.

Nous avons en outre observé le ramollissement du cerveau dans les parties suivantes ayant affecté tantôt la substance blanche, tantôt la substance grise, et enfin, dans plusieurs cas, toutes deux à la fois.

Nous avons observé le ramollissement de la plus grande par-

(1) Voyez mes observations *Annales de Laurent et Bazin*, 1837.

tie du cerveau et du cervelet (ramollissement blanc); le ramollissement des lobes antérieurs de l'hémisphère droit, du cervelet, du pont de Varole, de toute une moitié du cerveau des deux ventricules, des corps striés, des corps calleux.

Nous n'avons pas eu occasion d'observer le ramollissement de la moelle épinière de l'homme. Tous les cerveaux que nous avons examinés n'ont jamais présenté un ramollissement général de manière que nous avons toujours pu comparer des parties saines avec des parties malades.

Le ramollissement nous a présenté différents degrés. Depuis la diminution de consistance, qui était sensible seulement au toucher jusqu'au plus haut degré de diffluence, circonstance dans laquelle la substance cérébrale était réduite en bouillie.

De même la couleur a varié depuis celle qui est naturelle à la substance blanche et grise jusqu'à la coloration rosée rouge et jaunâtre. Dans les cas que j'ai observés, le dernier changement de couleur était le plus fréquent, de manière que je puis en conclure que le ramollissement rouge est plus fréquent que le ramollissement blanc. Je vais rapporter maintenant les cas de ramollissement que j'ai observés. Quant aux histoires des maladies, on en a déjà publié un si grand nombre que je crois inutile de les relater. Nous ferons remarquer d'ailleurs que nous ne nous occupons ici que de la nature du ramollissement.

Ramollissement par cause interne.

I. *Femme.* — Ramollissement par cause intérieure; paralysie précédente. — Dans la substance grise, et surtout dans la substance blanche du cerveau et du cervelet se trouvent des points ramollis de la grandeur d'une pièce d'un sou. La substance est reduite en bouillie. La partie environnante a la consistance normale.

Analyse microscopique. — Les canaux nerveux n'offrent que des fragments, mais leur aspect ne diffère pas de l'état normal : je trouve mêlés avec ces fragments des corpuscules de la forme suivante: sphériques, peu transparents, dix fois plus grands que les globules du pus, ils sont composés par des globules beaucoup plus petits, comme on peut s'en assurer par une légère compression, de manière que ces corps présentent une agglomé-

ration de petits globules. Ces derniers isolés étaient sphériques et transparents.

Le scalpel plongé dans le ramollissement la goutte adhérente présente un nombre immense de ces corps, auxquels étaient mêlés les fragments des canaux nerveux. Il n'y en avait aucune trace dans la substance non ramollie du reste du cerveau et du cervelet.

II. *Homme.* — Symptômes cérébraux sans paralysie; ramollissement dans le lobe antérieur du cerveau occupant quelques pouces d'étendue. — La masse ramollie contenait quelques fragments de canaux nerveux et un grand nombre d'agglomérations de globules que nous venons de décrire. Les vaisseaux capillaires de la substance blanche sont plus nombreux et plus injectés, que dans l'état normal.

III. *Femme.* — Apoplexie; paralysie du côté gauche; après quinze jours nouvelle attaque. Mort. — L'hémisphère droit est ramolli jusqu'au thalamus nervorum opticorum, sa couleur est changée, c'est un rouge mélangé de gris. L'autre hémisphère est injecté, mais sa consistance est normale. Dans les deux hémisphères il se trouve des foyers de sang épanché, et dans les deux ventricules un liquide rougeâtre.

1. Le liquide contient les globules composés et des fragments de canaux nerveux.

2. Le sang coagulé renferme des fragments de canaux nerveux (c'est à tort qu'on a donné à ces fragments du cerveau entraînés par l'épanchement du sang, le nom de caillot).

3. Dans la substance cérébrale du côté droit il se trouve une quantité énorme de globules composés, dans le côté gauche, ils sont en très-petit nombre seulement.

4. Les canaux nerveux sont à peine reconnaissables dans le coagulum du sang, et ne forment que de petits fragments dans la partie ramollie, mais ils sont sans lésion dans le reste du cerveau.

5. Le sang se distingue partout par une grande liquidité.

IV. *Homme.* — Paralysie du côté gauche depuis plusieurs mois. Ramollissement rouge de l'hémisphère droit du cerveau. Les vaisseaux capillaires sont très-injectés. Les canaux nerveux

ont disparu ou sont difficiles à reconnaître et n'existent qu'en petits fragments dans la partie du cerveau qui est ramollie. Ils sont intacts dans le reste du cerveau.

Les globules composés se trouvent partout en grand nombre dans la substance ramollie blanche et grise.

V. *Apoplexie précédente.* — Ramollissement rouge dans le cerveau. — Globules composés dans la partie ramollie.

VI. *Femme.* — Chute subite quatre semaines avant la mort. Paralysie du côté gauche et contracture des membres. Épanchement de sang dans le ventricule droit et ramollissement dans le même. — La masse ramollie ne contient que des fragments de canaux nerveux mêlés avec un grand nombre de globules composés : ils se trouvent dans la substance grise et blanche. Dans toutes les parties du cerveau qui environnent le ramollissement, les vaisseaux sont extrêmement injectés.

VII. *Homme de* 50 *ans.* — On ne sait pas si une attaque d'apoplexie a précédé. Il a séjourné dix-huit jours à l'hôpital : délire continuel, sensibilité extrême de la peau au toucher le plus léger, contracture légère du bras droit, pas de paralysie.

Il existe dans le lobe droit du cerveau un endroit qui offre un ramollissement profond et rouge. Le ventricule gauche contient une quantité de liquide jaunâtre, le corps strié est ramolli à la surface, le pont de Varole offre comme le corps calleux un ramollissement blanc, dans l'intérieur du cervelet, ramollissement rouge-gris. Toutes les différentes couleurs de ramollissement cérébral se trouvent ici réunies!

Le sang pris dans la veine crurale n'offre rien de remarquable au microscope. Le liquide jaune épanché dans le ventricule, contient des globules rares sanguins et quelques globules composés.

Dans le ramollissement blanc, il y a des fragments de canaux nerveux à peine reconnaissables, et des globules composés.

Le ramollissement rouge contient une quantité énorme de ces derniers.

Dans le milieu du cervelet se trouve un endroit, grand comme une pièce d'un sou, qui offre un ramollissement gélatineux, qui de même se laisse tirer en fils. J'y distinguais facilement les ca-

naux nerveux, beaucoup de globules composés, et outre cela, beaucoup de globules de pus, de manière que précisément ce mélange avec le pus paraît produire cet aspect gélatineux (1).

VIII. *Femme de 40 ans à peu près.* — Chute il y a quatorze jours. Paralysie du bras gauche, la jambe du même côté, peu paralysée.

La partie postérieure de l'hémisphère droit offre tous les degrés de ramollissement rouge jusqu'aux points jaunâtres, en petit nombre toutefois, la partie ramollie n'est pas diffluente un point de deux centimètres de largeur sur quatre de longueur de la substance blanche n'offre que le ramollissement blanc, sans coloration aucune.

1. *Substance blanche médullaire.* — Les canaux nerveux sont comme des fils, rétrécis, comme j'ai pu facilement m'en convaincre en les comparant avec des parties saines du même cerveau. Il se trouve une substance blanche et amorphe entre les fragments des canaux.

Le ramollissement n'occupe qu'un petit point. Il ne s'y trouve aucune trace de globules composés.

2. *Ramollissement rouge-grisâtre.* — Les globules composés s'y trouvent en nombre très-considérable, et il n'existe presque plus de trace des canaux nerveux, ou ils sont réduits à des stries, et on ne reconnaît plus deux lignes latérales. Les points jaunes dont j'ai parlé ressemblent sous le microscope à un amas de gouttelettes de graisse.

IX. Malade affecté depuis longtemps de céphalalgie, stupeur, fourmillements dans les membres.

Excavations de la grandeur d'une noisette occupant en grand nombre une grande partie du cerveau, savoir : les hémisphères cérébraux et la protubérance annulaire. Les excavations sont formées par une sorte de membrane, elles contiennent une matière rouge membraniforme, la substance cérébrale qui l'environne est ramollie.

(1) Dans plusieurs des cas précités les globules composés se trouvaient encore dans les vaisseaux sanguins. On pouvait les isoler facilement de manière qu'il est impossible de douter que les globules se forment dans les vaisseaux sanguins mêmes.

La matière membraniforme se présente comme une fausse membrane, le ramollissement contient un grand nombre de globules composés.

X. *Homme.* — Ramollissement blanc d'une grande partie du cerveau. Les vaisseaux capillaires sont extrêmement injectés, les canaux nerveux sont détruits ou n'existent qu'en fragments mêlés à un nombre immense de globules de pus.

J'ai observé encore quelquefois le pus, constituant le seul produit morbide, qui était mélangé aux fragments des canaux nerveux.

Ramollissement par lésion extérieure.

XI. Jeune homme; chute du premier étage d'une maison; contusion du cerveau, coma, mort; fracture du crâne à l'endroit où il forme la cavité pour le cervelet; épanchement de sang à la base de celui-ci, de même dans les deux ventricules et dans quelques autres endroits du cerveau; plusieurs endroits ramollis réduits en bouillie, contenant seulement des fragments de canaux nerveux, et pas une trace de globules composés. Le coagulum du sang renferme des fragments de vaisseaux capillaires et de canaux nerveux. Cette observation présentait un cas de ramollissement purement mécanique par le sang épanché. La substance cérébrale a-t-elle été en même temps déchirée par suite de la chute?

J'ai en outre observé deux cas de ramollissement blanc où aucun produit morbide ne paraissait mêlé au détritus du cerveau; mais malheureusement ils étaient conservés dans l'alcool, de manière que je n'ose attacher une grande valeur à ces observations.

Ramollissement apoplectique sans production inflammatoire.

XII. *Apoplexie du cervelet.* Le foyer apoplectique contient dans son caillot un nombre très-grand de fragments déchirés de vaisseaux sanguins et de canaux nerveux. Le ramollissement autour du foyer apoplectique ne contient aucune trace de globules composés. Les fragments des canaux nerveux sont faciles à reconnaître et n'offrent pas de changement.

XIII. *Apoplexie dans le pont de varole.* Jeune fille de 16 ans. —Mort le même jour de l'attaque.— Elle s'était seulement plaint

de maux de tête. Partout l'épanchement sanguin offre des globules sanguins ; les vaisseaux sanguins forment même dans la substance médullaire des réseaux denses et fortement injectés. Il est à présumer que les vaisseaux étaient déchirés par la fluxion trop considérable de sang qui s'était faite vers le cerveau. Plusieurs autres observations d'apoplexie m'ont donné le même résultat. Le caillot contenait des vaisseaux sanguins et des canaux nerveux déchirés (1).

III.

Opinions des différents auteurs sur le ramollissement du cerveau.

Nous allons maintenant donner un aperçu succinct des opinions des médecins les plus distingués, sur la nature de la maladie dont nous nous occupons, et nous les comparerons ensuite avec le résultat de nos propres recherches. Ce sont surtout en France MM. Bouillaud, Rostan, Andral, Cruveilhier, Lallemand, Rochoux; en Angleterre, Abercrombie; en Allemagne, Burdach, Fuchs qui se sont occupés de notre sujet.

M. Cruveilhier (2) établit comme différence entre le ramollissement rouge et le ramollissement blanc, que dans le premier il existe des foyers de sang; que dans le second, celui-ci s'est infiltré dans la substance cérébrale. Il appelle ce ramollissement rouge, apoplexie capillaire, et pense que dans l'apoplexie, proprement dite, ce sont les grands vaisseaux qui se déchirent, dans l'autre, les vaisseaux capillaires. Nous verrons que cette différence de couleur a une cause beaucoup plus profonde.

Quant à l'apoplexie, M. Cruveilhier pense que l'hémorrhagie n'est pas la suite du ramollissement, comme le pense M. Rochoux.

(1) Dans la fièvre typhoïde j'ai très-souvent observé la consistance diminuée dans tout le cerveau. Les canaux nerveux avaient perdu leurs contours nets, ils étaient à peine reconnaissables. En comparant des cerveaux d'autres malades morts depuis le même temps, nul changement semblable n'y put être observé. Cette circonstance me paraît mériter la plus grande attention. Dans ces cas je n'ai trouvé au microscope aucune trace d'un produit quelconque d'inflammation.

Le liquide épanché dans le ventricule du cerveau d'un malade mort d'une méningite ne se coagulait pas par les acides, et contenait des cellules épidermiales!

(2) *Dictionnaire de médecine pratique*, tome III, 1829, page 201, première édition.

Il établit, en outre, que le caillot contient rarement des fragments de cerveau. Cela est vrai quand on parle de fragments visibles à l'œil nu, mais d'après mes observations il se trouve toujours un certain nombre de canaux nerveux mêlés aux globules sanguins. Quant à l'opinion de M. Cruveilhier que les vaisseaux sont seuls affectés dans l'apoplexie, et que le déchirement de la substance cérébrale n'est que consécutive, mes observations les confirment pleinement. De même, quand cet illustre anatomiste pense que le ramollissement rouge n'est qu'un mélange de sang avec la substance cérébrale, cette assertion a quelque chose de vrai en parlant du sang altéré de la manière que nous l'avons décrit, car, en général, il ne se trouve pas de globules sanguins dans le cerveau ramolli. Mais on ne peut dans aucun cas le considérer avec lui comme une faible hémorrhagie.

M. Rostan (1) pense que tout ramollissement n'est pas inflammatoire, mais bien dans le plus grand nombre de cas, et il donne comme preuve la rougeur, les maux de tête, etc. Quand la couleur est blanche il n'existe pas, selon cet auteur, d'inflammation, de même quand la couleur est lie de vin. Quant à la première assertion elle peut être juste pour un certain nombre de cas, mais nous avons bien souvent trouvé des globules de pus en grand nombre. Quant à la seconde, cette couleur est liée à un phénomène inflammatoire.

D'après M. Rochoux (2), qui donne de précieuses observations sur l'apoplexie, il existe deux espèces de ramollissements. Dans la première, qui accompagne toujours l'apoplexie, le ramollissement est jaunâtre, homogène : Il appelle celui-ci primitif. Dans la seconde espèce, qui est d'une couleur jaunâtre ou brune, le ramollissement est tantôt primitif tantôt consécutif et constitue le ramollissement inflammatoire de MM. Lallemand et Rostan.

Il pense aussi que le ramollissement est la conséquence d'une inflammation. Les symptômes qu'on observe, le pus, la solution

(1) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2e édit , p. 2. D'après cet auteur le ramollissement peut être jaune, vert, rose rouge, d'un blanc mat, marron, lie de vin ,et toutes ces couleurs peuvent se présenter ensemble dans le même cerveau malade.

(2) *Recherches sur l'apoplexie et sur plusieurs autres maladies de l'appareil nerveux cérébro-spinal*, 2e édit., Paris 1833.

de continuité lui paraissent confirmer cette opinion. Il ajoute qu'on ne peut pas le comparer avec la gangrène comme le font MM. Rostan et Abercrombie.

Quant à l'apoplexie, M. Rochoux pense que, dans tous les cas, on peut s'assurer que le sang s'est échappé par suite d'une rupture du tissu nerveux dont l'organisation a subi une altération. Dans le *Dict. de méd.*, (2e édit., t. III, Paris 1833, p. 486, article, *Apoplexie*), le même auteur ajoute que ce ramollissement, précédant l'hémorrhagie, est produit par un vice général de la nutrition des tissus.

M. Lallemand (1) adopte les espèces suivantes :

1° Congestion sans épanchement; coup de sang avec épanchement; apoplexie.

2° Inflammation du cerveau.

1re Période : Ramollissement avec injection.

2e » Inflammation avec épanchement.

3e » ramollissement avec suppuration.

Il pense (p. 81) que le ramollissement est toujours la suite d'une inflammation.

Le ramollissement de la première période est produit par un épanchement de sang qui s'altère. Dans les autres degrés le pus s'infiltre. Quoi qu'il en soit, dit-il, la couleur jaune vert n'indique pas moins positivement la présence du pus (2), que la couleur rose rouge, etc., celle du sang.

M. Récamier considère le ramollissement comme une dégénérescence « sui generis. »

L'opinion de M. Andral se résume très-bien dans ces mots (*Clin. méd.*, t. V, p. 367, édit. de Bruxelles). « Tout ce que nous affirmons est qu'il faut chercher ailleurs que dans une inflammation la cause de tous les ramollissements. On ne saurait non plus appeler cette maladie apoplexie capillaire; dans un certain nombre de cas le ramollissement peut être accompagné d'infiltration sanguine, dans d'autres on n'en trouve pas de trace. » Le

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, Paris, 1820.

(2) Ceci n'est pas exact, car la couleur lie-de-vin dénote la présence des globules composés.

ramollissement peut donc être ou une apoplexie capillaire ou une encéphalite, mais il n'est nécessairement ni l'une ni l'autre.

M. Abercrombie (1) compare le ramollissement avec la gangrène, mais il pense que cette gangrène est la suite d'une inflammation comme dans les autres tissus enflammés ou d'un obstacle à la circulation. Il pense que les cas décrits par M. Rostan se rapportent à cette dernière cause, et les siens plutôt à l'inflammation.

M. Carswell (2) dit que le ramollissement des tissus est en général une suite de l'inflammation, mais que dans le cerveau celle-ci peut aussi être la suite de l'oblitération des vaisseaux. Le ramollissement inflammatoire du cerveau paraît d'après lui dans trois degrés. Dans le premier, le ramollissement est à peine perceptible au toucher et passe souvent inaperçu, si la couleur n'est pas changée en même temps. Dans le deuxième, le ramollissement change aussi la conformation du cerveau. Dans le troisième enfin, il y a solution de continuité. La couleur de l'endroit ramolli dépend de la présence du sang ou du pus. Une couleur jaune, brune ou orange, indique que la maladie existe depuis quelque temps.

M. Burdach (3) dit que le ramollissement du cerveau lui paraît moins dépendre de faiblesse de la formation que d'une sorte d'irritation. Celle-ci peut être produite par inflammation chronique ou par une simple diathèse inflammatoire. Le ramollissement se montre d'après lui, 1° à la suite des lésions traumatiques du cerveau; 2° autour d'épanchements sanguins (4); 3° autour de pseudoplasmes; 4° autour des corps étrangers; 5° à la suite de suppuration; 6° dans le typhus avec inflammation du cerveau; 7° dans la méningite hydrocéphalique.

Dans les belles observations de M. Fuchs, enfin, nous ne trouvons cependant pas de faits pour nous éclairer sur son opinion sur le ramollissement du cerveau.

(1) John Abercrombie, *Pathological and practical researches of diseases of the brain and the spinal cord.*, Edinburgh, 1828, tome VIII, page 23.

(2) *Illustrations of elementary forms of disease fasc.* tome V, Lond. 1834.

(3) *Vom bau und leben des gehirns* vol. III, Leipzig, 1826, tome 4, page 26.

(4) Le sang épanché dissout la substance cérébrale.

IV.

Expériences faites sur les animaux.

Il nous reste à répondre à une question importante, qu'on aurait le droit de nous faire. Peut-on produire artificiellement un ramollissement dans le cerveau des animaux et quels caractères offre-t-il?

Si l'on prend des lapins pour ces expériences, il faut seulement enfoncer à quelques lignes une ou deux épingles à travers le crâne ; les animaux vivent une semaine avant que les convulsions, paralysies, etc. annoncent la mort. On trouve alors des points ramollis autour du corps étranger, qui offrent les globules composés; d'autres fois, il s'opère seulement un épanchement sanguin qui entraîne des fragments de cerveau; le sang s'infiltre dans les parties environnantes et les ramollit, le cerveau change alors seulement de couleur dans cet endroit. Plus l'épingle pénètre, plus l'épanchement sanguin devient grand et d'autant plus rapidement périssent les animaux, de manière qu'il faut les plus grandes précautions pour faire une lésion du cerveau, telle que l'animal puisse y survivre 8 à 15 jours, ce qui nous a réussi après une longue habitude de ces sortes d'expériences.

De cette manière se produisent les changements de couleur qu'on observe si souvent dans les apoplexies. J'ai vu que la coloration prenait son origine du centre de la lésion. Je ferai remarquer que l'épanchement et non la lésion cérébrale est la cause principale de la mort et certainement aucun ramollissement ne précède cette apoplexie artificielle.

La production artificielle du ramollissement avec les globules d'inflammation et celui à la suite d'un épanchement sanguin sont donc tous les deux possibles. Je communiquerai plus tard les détails de ces observations faites sur des animaux.

Jusqu'ici je ne sais pas si on pourrait déterminer dans les animaux le ramollissement sans changement de couleur de la substance cérébrale telle qu'elle a été observée plusieurs fois sur l'homme et sans la production d'aucun phénomène inflammatoire. Ce sera l'objet d'expériences ultérieures.

V.

Résultats obtenus par mes recherches.

1. Le ramollissement du cerveau peut être partiel ou total.

2. Le cerveau ramolli peut conserver sa couleur primitive, c'est le cas le plus rare. Le cerveau peut alors contenir du pus dans les fragments ramollis. Souvent le pus est reconnaissable à l'œil nu, plus souvent ce n'est qu'à l'aide du microscope qu'on peut le découvrir. Les canaux nerveux sont mêlés en fragments aux globules du pus.

Aucun produit morbide ne peut être observé dans le cerveau ramolli, mais au microscope les canaux nerveux ont perdu leurs contours, ou ils existent seulement en fragments. Je l'ai observé quelquefois dans le cerveau ramolli des fièvres typhoïdes. Ce ramollissement n'appartient alors en aucune manière à l'inflammation. Existe-t-il en outre des ramollissements blancs du cerveau accompagnés de symptômes de paralysie indépendants de l'inflammation? Je ne saurais pas répondre à cette question, je puis seulement dire que je n'en ai pas observé de bien constaté jusqu'ici (1); que cependant les observations publiées rendent ce fait fort probable, et qu'il faudra, à l'avenir, se servir du microscope pour décider cette question.

3. Ordinairement la couleur est changée : elle est devenue rose, jaune, grise. Si le cerveau ramolli offre cette couleur alors c'est au microscope de distinguer par quel procédé pathologique ce changement a eu lieu.

La substance cérébrale offre dans la plupart des ramollissements et *toujours quand il n'y a pas* de foyers apoplectiques, les *globules composés* que nous avons décrits, et qui sont comme nous l'avons démontré dans l'introduction, un produit de l'inflammation et susceptibles d'être reproduits chez les animaux dans tous les tissus. Les globules se forment, comme je l'ai dit, dans les vaisseaux capillaires, empêchent la circulation. Le serum s'imbibe à travers les parois des vaisseaux, produit une véritable *macération mécanique* du cerveau. Comme on sait, les globules de sang communiquent promptement leur matière colorante au serum, de là la coloration de la substance cérébrale ramollie. Plus tard les vaisseaux se déchirent et les globules composés se trouvent mêlés aux fragments du cerveau macéré.

(1) V. p. 190.

On peut, je le répète, observer les globules composés distinctement d'abord dans les cavités des vaisseaux capillaires, pendant qu'une moitié du vaisseau est encore remplie par les globules normaux.

Le changement que nous venons de décrire se rapporte entièrement à l'inflammation.

Peut-être dira-t-on que cette production est bien une inflammation, mais qu'elle peut être consécutive? Je répondrai que quand il se trouve un point ramolli, on rencontre déjà des traces des globules composés plus profondes dans la substance où celle-ci paraît encore saine au toucher et à l'œil nu.

Les canaux nerveux n'existent qu'en fragments et perdent souvent leur contour dans ce degré de ramollissement.

4. Le ramollissement peut avoir lieu autour d'un foyer apoplectique. J'y ai observé deux changements. Dans l'un et principalement dans les anciennes apoplexies, on trouve ordinairement les globules composés comme résultat de l'inflammation excitée par un agent mécanique, le sang épanché. D'autres fois le sang s'imbibe seulement dans la substance cérébrale, et produit la macération et le ramollissement sans exciter une inflammation. On peut aussi très-bien produire le ramollissement, en introduisant une grosse épingle dans le cerveau d'un lapin. Il s'établit peu à peu un épanchement sanguin, et il se forme après, un ramollissement de la substance cérébrale qui environne l'épanchement. Ce n'est que quand l'épanchement peut séjourner plus longtemps dans le cerveau qu'une inflammation peut s'établir.

Le ramollissement précède-t-il l'apoplexie?

Les expériences que je viens de citer n'appuient nullement une telle opinion. Cette opinion me paraît donc problématique, et pourquoi donc plutôt attribuer l'apoplexie au ramollissement de la substance cérébrale qu'au déchirement des vaisseaux capillaires par l'*impetus sanguinis* ou par altération de structure des vaisseaux, ossification, etc.

Nous résumons ces résultats qui peuvent facilement être vérifiés par toute personne qui possède un microscope, et connaît seulement superficiellement la structure du cerveau, et nous trouvons que :

1° Le ramollissement blanc offre dans un grand nombre de cas du pus.

2° Le ramollissement coloré, sans épanchement de sang, offre les produits d'un des premiers degrés de l'inflammation, formation des globules composés.

3° Le ramollissement coloré avec épanchement de sang, peut offrir les productions précédentes ou seulement les imbibitions mécaniques du serum sanguinolent. Ce qui est le cas ordinaire dans les apoplexies récentes.

Le plus grand nombre de ramollissements observés, appartient sans doute à la deuxième classe, si nous comparons les descriptions faites par tant de médecins, et ils appartiennent à un degré de l'inflammation, dont jusqu'ici on n'avait pas pu apprécier la nature.

DE LA PRÉSENCE DE LA MATIÈRE CANCÉREUSE DANS LE SANG;

Par M. GLUGE, professeur à l'Université de Bruxelles.

La présence de la matière cancéreuse vient de nouveau d'être constatée dans le sang par M. Langenbeck. Déjà en 1837 ce phénomène avait été constaté par moi à l'aide du microscope, lors de mon séjour à Paris. (Voyez mes *Recherches anatomico-microscopiques*, Minden et Leipzig. 1838, page 106.) Voici la traduction de l'observation que j'y communiquais. « Dans une autopsie faite à l'Hôtel-Dieu par M. le docteur Nonat on trouva un cancer encéphaloïde dans l'estomac, dans les glandes du mésentère et dans le foie, dont l'analyse microscopique présentait les caractères déjà décrits. (Globules particuliers, plus grands que ceux du pus, couverts de lignes noirâtres, ondulées.) On trouva en même temps dans la veine iliaque gauche, un caillot de sang, qui à sa partie supérieure était composé par du cruor, et à la surface par de la fibrine. Cette dernière ne formait qu'une couche très-mince et servait d'enveloppe à une matière blanc-jaunâtre que le caillot renfermait. Cette matière avait déjà à l'œil nu la plus grande ressemblance avec la matière du cancer encéphaloïde. Je soumis,

avec M. Nonat, cette matière au microscope, en la comparant à celle prise dans le foie, je trouvai que les globules étaient exactement les mêmes. — Les parois de la veine étaient lisses, pas même rougies, de même les glandes inguinales étaient saines, les globules sanguins du caillot précité étaient normaux, ainsi que sa *fibrine*, qui offrait l'aspect ordinaire. »

C'était la première fois que j'avais observé la matière encéphaloïde dans le sang, et j'exprimais alors le vœu que d'autres observations vinssent confirmer les nôtres. Ce vœu vient d'être réalisé par M. Langenbeck, qui, dans un cancer utérin, vient également de trouver la matière cancéreuse dans le sang. M. Langenbeck a, en outre, fait des expériences fort curieuses que nous répéterons en temps opportun. Il a injecté de la matière cancéreuse dans les veines des animaux, et il pense avoir reproduit des cancers dans le poumon.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Hydrencéphale aiguë; par le docteur Simon Dawoski. — Un garçon de 4 ans, blond et d'une conformation délicate, chez lequel l'habitus hydrocéphalique n'était pas à méconnaître, et qui, déjà antérieurement, avait eu plusieurs attaques de croup, s'était refroidi dans une promenade faite par un vent d'est très-froid. Une toux qui n'avait du reste rien de suspect, s'étant manifestée pendant la nuit, ses parents lui firent prendre un peu de sirop chaud, remède domestique qu'ils employaient d'ordinaire dans les toux de refroidissement. L'enfant passa une nuit fort agitée, bien qu'il dormit par intervalle; il s'éveillait à tous moments pour demander de l'eau froide. Le lendemain matin les parents envoyèrent chercher le docteur Dawoski. Celui-ci trouva l'enfant couché sur un sopha; il avait l'air tout à fait bien portant; la langue était nette, sans rougeur, le ventre libre, la tête non-brûlante; seulement le pouls était un peu accéléré, et une toux légère se faisait entendre de temps en temps. L'enfant avait

mangé avec appétit et répondait aux questions qu'on lui adressait sans la moindre humeur. Le docteur Dawoski prescrivit la potion de Rivière avec le sirop de Sénéga, en recommandant de lui faire garder la chambre, et de ne lui donner pour alimentation que des fruits cuits, de la soupe maigre, etc. Pendant la nuit le petit malade fut pris d'une fièvre légère avec beaucoup d'agitation et de soif; il dormit néanmoins de temps en temps. Le matin suivant, l'enfant offrit le même air que le jour précédent, à l'exception d'un peu plus de rougeur à la face, et d'un peu plus d'accélération dans le pouls. Prenant en considération l'habitus hydrocéphalique du petit malade, le docteur Dawoski lui fit appliquer six sangsues aux tempes et continuer la potion de Rivière. A sa visite du midi, la face de l'enfant était plus pâle et la fréquence de son pouls moindre; mais ses yeux avaient une expression particulière indéfinissable qui ne plaisait aucunement. Le soir, M. Dawoski avait laissé l'enfant dans un état assez satisfaisant, lorsqu'à sa grande frayeur on vint l'appeler au milieu de la nuit. Sur le seuil de la maison, il entendait déjà le cri propre à l'hydrencéphale aiguë. La scène avait rapidement changé : à ses regards s'offrit l'image d'un malade parvenu à la période d'exsudation. Sans perdre un seul moment, le docteur Dawoski ordonna, conjointement avec les moyens internes convenables, l'emploi non interrompu des affusions froides. L'enfant guérit. Le docteur Dawoski est convaincu que cette guérison n'est due qu'aux affusions froides; aussi ne saurait-il trop les recommander; car dans les cas de cette nature où les parents s'opposaient opiniâtrement à l'emploi de ces affusions, il n'a jamais retiré aucun succès des autres moyens internes et externes. Mais pour obtenir un bon résultat des affusions froides, il ne faut s'épargner aucune peine; elles doivent être continuées souvent pendant 24 et même 48 heures. Le médecin ne doit presque pas quitter le lit du malade, afin de ne perdre aucun des symptômes qui pourraient survenir et de pouvoir y obvier immédiatement. (*Neue zeitschrift für Geburtskunde* von Busch, d'Outrepont et 7° Rd.)

Inflammation des organes contenus dans le scrotum chez les enfants; par le docteur Ferd. Jahn. — Les auteurs qui ont traité *ex professo* des maladies des enfants, ont entièrement négligé

une affection qui, d'après les observations du docteur Jahn, serait cependant assez fréquente et quelquefois mortelle : c'est l'inflammation du testicule et des parties environnantes.

Cette maladie survient ordinairement lors du passage de la glande spermatique de la cavité abdominale dans le scrotum et se développe de préférence chez les garçons déjà atteints de hernie ou d'hydrocèle.

Les petits malades qu'on n'a guère occasion d'observer que quand la maladie est déjà parvenue à un certain degré, présentent les symptômes généraux des inflammations abdominales, tels que la fièvre, la soif, des vomissements, la constipation. S'il existe une hernie elle paraît douloureuse à la pression; par un examen plus attentif, on ne tarde pas à reconnaître de la dureté et un certain degré de contraction du scrotum d'un côté, le testicule lui-même présente du gonflement, ainsi que le cordon spermatique; l'abdomen du même côté est tendu, dur et sensible à la pression. Il existe constamment de la difficulté à rendre les urines; par moments, les enfants gémissent, fléchissent les cuisses sur le bassin, sont pris de tremblements des membres, jusqu'à ce qu'ils aient rendu une petite quantité d'urine fétide et foncée en couleur.

Si la maladie fait des progrès, l'abdomen se météorise, la respiration s'embarrasse, et les enfants meurent dans les convulsions ou dans un état comateux, après avoir présenté une rougeur brunâtre, gangréneuse du scrotum.

C'est sous cette forme que l'affection se présente le plus souvent à l'observation; mais d'autres fois le testicule seul paraît atteint et l'irritation inflammatoire dont il est frappé ne s'étend que plus tard à l'abdomen. Dans ce cas on n'observe d'abord que des symptômes locaux, le scrotum est plus chaud, quelquefois rouge; le testicule gonflé, fortement appliqué sur l'anneau inguinal; le cordon paraît douloureux et plus volumineux.

A l'autopsie on trouve, outre les traces évidentes de péritonite, de gastrite ou d'entérite, de la lymphe plastique, étendue le long du cordon et dans la tunique vaginale. Cette tunique elle-même est épaissie; le testicule plus volumineux, plus rouge qu'à l'état normal; le scrotum lui-même est parfois gangréné. Il n'est pas

rare non plus de rencontrer du pus dans l'excavation pelvienne ou dans le tissu cellulaire environnant.

La maladie, convenablement traitée dès son début, se termine facilement par la santé.

Le docteur Jahn a observé plusieurs fois dans la convalescence, un écoulement purulent par le canal de l'urèthre.

Le régime antiphlogistique, des émissions sanguines locales, des bains, des cataplasmes émollients, le calomel à l'intérieur et l'onguent mercuriel en frictions, sont les moyens les plus propres à amener une solution heureuse. Souvent il reste un hydrocèle, qui, néanmoins, disparaît ordinairement sans les secours de l'art.

Cette inflammation du testicule chez les enfants qui, comme l'indique l'auteur, peut tenir à l'exaltation de la vitalité des organes produite par l'évolution du testicule, reconnaît parfois une cause toute mécanique : c'est l'étranglement du testicule dans l'anneau inguinal. Le fait suivant paraît militer en faveur de cette opinion.

Un garçon, âgé de 3 mois, nous fut présenté dans ces derniers temps, pour une tumeur qu'il portait dans la région inguinale droite. Cette tumeur, très-douloureuse à la pression, peu mobile, oblongue, et d'un volume un peu moindre que celui d'un œuf de pigeon, occupait la région de l'anneau inguinal, et n'avait été remarquée que depuis quelques jours par la mère de l'enfant. La peau était à l'état normal; le scrotum, du même côté, légèrement rouge, contenait un peu de sérosité; celui du côté opposé était vide et flasque. Il existait de la fièvre et de la constipation. L'application d'une sangsue, des cataplasmes émollients, des bains et des frictions avec l'onguent mercuriel simple, diminuèrent rapidement le volume du testicule enflammé, qui descendit dans le scrotum quelques semaines plus tard. (*Versuche für die praktische heilkunde,* Lisenach, tome 1er.)

Considérations sur l'hydrencéphale aiguë des enfants, par le même. — Michaelis (*Hufeland's Journal,* t. VII, p. 2), Vieusseux, Corvisart, (*Journal de médecine,* t. XI), et Albers (*Hufeland's Journal,* aug. 1830) ont déjà observé et décrit des épidémies d'hydrencéphale aiguë; le docteur Jahn a eu le triste privilége

d'observer une épidémie analogue, qui a sévi dans sa circonscription médicale, à Meiningen, pendant les mois d'avril, mai et juin 1834.

L'hiver avait été peu rigoureux, mais orageux et humide. Pendant le mois de mars, des pluies abondantes avaient alterné avec des jours très-chauds. Une affection catarrho-rhumatismale (*influenza*) avait régné peu avant l'apparition de l'épidémie; en même temps on avait eu occasion d'observer chez les femmes hystériques des exacerbations singulières, caractérisées principalement par de violentes palpitations du cœur et des battements artériels très-marqués dans certaines régions; enfin, chez les enfants, on avait signalé quelques cas de croup, beaucoup de pseudo-croups catarrheux, d'urticaires et de scarlatines.

Pendant l'épidémie qui dura huit semaines, le docteur Jahn seul observa dans le petit bourg, où sept confrères exercent avec lui la médecine, 21 cas d'hydrencéphale. Dans ce nombre, il ne compte point ceux où la maladie, plus légère, n'était pas suffisamment caractérisée, ou put être jugulée par un traitement énergique, ainsi que d'autres qu'il décrit sous le nom de *névroses encéphaliques*, et qui par leurs symptômes simulent l'hydrencéphale proprement dite.

L'auteur présume que la cause morbifique de l'hydrencéphale épidémique, a été la même que celle qui, chez les adultes, avait engendré une épidémie catarrho-rhumatismale.

Considérée dans son ensemble, l'épidémie présenta sa période d'accroissement, d'état et de déclin; vers le mois de juillet, il n'apparut plus que quelques cas isolés. Aucune autre maladie des enfants ne succéda d'une manière épidémique à l'affection cérébrale.

Quant aux symptômes et à la marche de la maladie, elle s'est présentée sous des formes très-différentes; et ce que l'auteur avait déjà observé avant, il l'a trouvé confirmé par les nouveaux faits recueillis pendant cette épidémie.

Ces faits l'ont conduit à penser que sous le nom d'hydrencéphale aiguë, on a compris des états morbides très-différents, non-seulement quant à leur nature, mais encore quant à leur forme extérieure, à leur expression symptomatique. Le docteur

Jahn s'applique surtout à distinguer les différentes affections faussement réunies sous une dénomination commune, et il croit devoir admettre les suivantes :

1° *Encéphalite.* — Il existe chez les enfants une véritable encéphalite, une inflammation de la substance même du cerveau. Cette affection se caractérise par une réaction générale, continue, intense, révélée par un pouls fréquent et dur, surtout aux artères temporales et carotides, l'augmentation de la chaleur, la soif, la fréquence de la respiration, l'anxiété; par l'exaltation de la sensibilité des organes des sens, le resserrement des pupilles, l'état hagard et brillant des yeux. Avec cela on observe du coma vigil, le réveil en sursaut, des secousses comme galvaniques, des vomissements avec langue blanche ou naturelle, de la constipation, la sécheresse de la peau, la rougeur et la rareté de l'urine.

En peu de jours, et quelquefois en peu d'heures, la maladie arrive à son *summum*. La guérison est rare alors, et l'auteur ne l'a jamais observée; mais la terminaison funeste ne survient pas toujours de la même manière; tantôt, en effet, les enfants meurent en très-peu de temps, après quelques accès de convulsion suivie d'hémiplégie; tantôt la réaction violente du système circulatoire diminue peu à peu d'intensité, et les symptômes d'une inflammation moins profonde, ceux qui caractérisent la méningite et sa terminaison ordinaire par exsudation séreuse, ne tardent pas à se manifester. Dans ces cas, la mort arrive moins rapidement, et la maladie peut durer au delà d'une semaine.

Les résultats de l'autopsie varient suivant que la maladie s'est terminée de l'une ou l'autre manière. Dans le premier cas, le cuir chevelu, les os du crâne, les membranes, les veines et le cerveau lui-même sont gorgés de sang. A l'ouverture du crâne et des méninges, le cerveau congestionné sert avec violence, comme si la cavité crânienne était trop petite pour le contenir; quand on le coupe par tranches, on voit suinter à sa surface un grand nombre de gouttelettes de sang assez grosses. La substance cérébrale est plus rouge, ferme, élastique, plus dense qu'à l'état normal; à la base du crâne, dans les ventricules, et quelquefois dans le canal rachidien, on rencontre un peu de sérosité sanguinolente; le même liquide s'écoule comme d'une éponge (Goelis)

de la surface des coupures faites à la substance cérébrale même.

A la surface des ventricules, entre les anfractuosités cérébrales, on rencontre le plus souvent de la lymphe plastique, mais jamais les ventricules ne sont distendus par cette sérosité claire ou floconneuse qui constitue l'hydrencéphale proprement dite.

La mort est-elle survenue moins rapidement? l'ouverture du cadavre constate un épanchement séreux plus ou moins considérable dans les ventricules du cerveau, les traces d'inflammation de la substance cérébrale existent encore, mais sont moins tranchées, le cerveau est moins dur, moins élastique, moins turgescent (1).

Le docteur Jahn présume qu'il existe une encéphalite chronique des enfants; mais les faits lui manquent pour indiquer les symptômes, la marche et la durée de cette maladie.

2° Pour mieux faire ressortir la différence qu'il y a entre les différentes maladies que l'on a confondues sous le nom d'hydrencéphale des enfants, l'auteur oppose à la description de l'encéphalite des enfants celle d'une affection dont la nature serait tout l'opposé de l'inflammation, et qu'il regarde comme une pure névrose encéphalique.

Ordinairement les enfants menacés de cette affection deviennent inquiets, leurs traits s'altèrent, leur nez s'efface, les ailes du nez sont tirées en dedans, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la peau du front et du pourtour des paupières se tend ou se fronce, les lèvres s'amincissent et présentent l'expression du sourire, la face offre une pâleur assez remarquable, tirant sur le bleu autour des lèvres et des yeux, et sur le jaune vers les joues; la peau du reste du corps est fraîche, les sécrétions sont diminuées, l'urine pâle, le pouls petit, un peu dur et fréquent.

Après une durée plus ou moins longue de ces symptômes qui présentent des rémissions et même des intermittences complètes, surviennent des convulsions toniques ou cloniques des muscles soumis à l'empire de la volonté. Les convulsions reviennent par accès, dans l'intervalle desquels on observe des symptômes de réaction du système circulatoire. Les accès arrivés à leur *sum-*

(1) Dans ces cas on observe quelquefois un ramollissement très-considerable de la substance cérébrale du *septum lucidum* ou des ventricules. Ce ramollissement est le plus souvent blanc, analogue à du lait caillé.

mum se terminent par des phénomènes apoplectiques (râle muqueux), la paralysie et la mort.

L'autopsie ne démontre nulle trace évidente d'inflammation, mais on rencontre ordinairement un peu de sérosité dans les ventricules et le canal rachidien.

C'est cette affection que les anciens auteurs ont décrite sous le nom *d'éclampsie*, et que des modernes rapportent faussement à un état inflammatoire des méninges, avec lequel elle a cependant quelque analogie symptomatique dans les cas où les intermittences des accès sont courts ou peu marqués.

3° Le troisième état morbide, confondu sous le nom d'hydrencéphale, c'est l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère, source ordinaire de l'hydropisie aiguë des ventricules.

La méningite des enfants a servi de base à la plupart des descriptions nosologiques de l'hydrencéphale aiguë (Jærg, Henke, Guersent). Aussi l'auteur ne s'arrête point à tracer la marche et les symptômes de cette affection suffisamment connue.

4° Le docteur Jahn admet que l'épanchement séreux des ventricules peut dépendre d'une *hypersécrétion* ventriculaire.

Cette hypersécrétion se retrouve à la surface de toutes les séreuses, l'expérience journalière le constate; pourquoi la séreuse des ventricules cérébraux ferait-elle exception?

Cette affection se caractérise par une expression particulière de la physionomie : le regard est fixe, étrange, analogue à celui d'un homme plongé dans l'ivresse; les pupilles sont alternativement dilatées ou contractées, souvent il existe du strabisme; les enfants sommeillent les yeux entr'ouverts, grincent des dents; se réveillent fréquemment en sursaut; l'urine est rare, ainsi que les selles ; on observe par contre des vomissements avec une langue normale ou couverte d'un léger enduit blanchâtre; les mouvements des membres sont lents, incertains et faibles. Il n'existe ni fièvre, ni chaleur augmentée de la tête, ni battements des carotides ou des temporales. Quand on remue un peu fortement la tête de ces enfants, ils crient avec anxiété. Après quelques jours, survient un mouvement convulsif, revenant par accès; enfin, des symptômes de compression, le coma, la paralysie et la mort.

A l'autopsie, on trouve des épanchements de sérosité assez considérables dans les ventricules du cerveau, et quelquefois le même liquide infiltré entre l'arachnoïde et la pie-mère. Du reste, aucune trace d'inflammation du cerveau ou des méninges.

Cette affection ne diffère de l'hydrencéphale chronique que par sa marche extrêmement rapide.

5° Dans la dernière période de l'hydrencéphale chronique peu intense, on observe, parfois, des phénomènes de réaction qui simulent l'hydrencéphale aiguë.

6° C'est en France surtout que les médecins ont plus particulièrement fixé leur attention sur les phénomènes de la congestion cérébrale. Le docteur Jahn pense que ces états de congestion existent également chez les enfants, et peuvent, dans certains cas, amener une exhalation plus abondante à la surface des ventricules, espèce de sécrétion anormale qui empêche la réaction du système sanguin cérébral de s'élever jusqu'à la phlogose.

L'auteur avoue cependant que le diagnostic de la congestion cérébrale et de la méningite sera difficile, car ces deux états ne diffèrent que du plus au moins.

7° Le docteur Jahn pense qu'on a certainement confondu quelquefois les affections de la moelle avec l'hydrencéphale ; mais il ne cite aucun fait à l'appui de son opinion.

8° Il est probable que certains exanthèmes aigus peuvent se développer à la surface des membranes séreuses et notamment des méninges et donner lieu aux symptômes de l'hydrencéphale aiguë.

Pour la scarlatine, le fait paraît incontestable. L'auteur a consigné plusieurs observations de ce genre dans le journal de Hufeland. Il en rapporte une nouvelle, qui ne laisse aucun doute à cet égard.

Après avoir exposé ses idées sur les différents états morbides qui constituent la maladie connue sous le nom d'hydrencéphale, le docteur Jahn tâche de mieux faire apprécier les causes qui la produisent le plus souvent. Sans s'arrêter à celles indiquées par les auteurs, il lui paraît surtout important pour la pratique de signaler l'influence que certains états de l'organisme exercent sur le développement de l'affection qui nous occupe.

Les suivants lui paraissent mériter la plus sérieuse attention.

1° Il est des enfants que l'on regarde ordinairement comme bien portants, mais dans la manière d'être desquels une observation plus attentive ne tarde pas à faire découvrir quelque chose d'anormal. La tête de ces enfants paraît plus volumineuse, l'ossification des fontanelles et des sutures s'est faite lentement; la physionomie présente une expression particulière fort analogue à celle d'un homme ivre; le regard est fixe et étrange; souvent la tête est chaude et les veines frontales presque toujours très-marquées; les mouvements sont en général lents, et l'intelligence obtuse : quelquefois cependant ces enfants montrent les plus heureuses dispositions. On observe en outre le réveil en sursaut, la dilatation des pupilles, des grincements de dents pendant le sommeil, etc.; le plus souvent, enfin, il existe des indices de scrofules ou de rachitisme Quoique aucun des symptômes indiqués ne soit pathognomonique, ils méritent cependant la plus grande attention; car, dans la majorité des cas, ils annoncent un travail morbide de la séreuse ventriculaire. Des autopsies d'enfants morts accidentellement, et qui avaient présenté ces phénomènes, ont démontré à l'auteur qu'il existait dans ces cas une hydrencéphale chronique, sans traces de congestion ou d'inflammation.

C'est à la suite de cette affection chronique, que l'on pourrait appeler latente, tant elle échappe facilement à l'observation que se développent la plupart des hydrencéphales aiguës. Le docteur Jahn pense que le produit de l'hypersécrétion ventriculaire, accumulé en trop grande quantité, fatigue, comprime ou irrite le cerveau, et provoque des réactions inflammatoires ou purement nerveuses, ou nerveuses et inflammatoires en même temps, réactions qui constituent différentes formes d'hydrencéphale aiguë.

2° Il en est de même de l'hydrencéphale congéniale, où l'on observe quelquefois, à la suite des symptômes peu graves, des phénomènes d'une réaction plus ou moins intense, et tout le cortége de symptômes qui caractérise l'hydrencéphale aiguë.

3° Il existe, suivant le docteur Jahn, un rapport étiologique intime entre l'hydrencéphale et les scrofules.

Les réactions que l'on observe dans la cachexie scrofuleuse, peuvent avoir pour point de départ le cerveau, tout aussi bien que d'autres organes; aussi l'hydrencéphale aiguë s'observe-t-elle surtout chez les enfants ou dans les familles scrofuleuses.

4° L'hypertrophie du cerveau n'est peut-être pas étrangère à la production de l'hydrencéphale aiguë chez les enfants à intelligence précoce, que cette terrible maladie paraît moissonner de préférence. Mais les faits manquent : c'est là une présomption que des observations ultérieures pourront confirmer ou détruire.

5° L'analogie symptomatique qui existe entre l'hydrencéphale aiguë et la fièvre vermineuse, si bien indiquée par Gintrac, est généralement connue; mais ce qui l'est moins, c'est l'influence que les vers intestinaux peuvent avoir sur le développement de l'hydropisie aiguë des ventricules du cerveau.

Cette influence paraît cependant démontrée au docteur Jahn, et par les faits et par le raisonnement. Le cerveau, dont les sympathies avec le canal intestinal sont si intimes, est aussi l'organe qui réagit de préférence dans les cas où des vers irritent le tube digestif. Si cette irritation est assez intense pour provoquer une réaction générale fébrile, l'irritation sympathique du cerveau peut atteindre un degré assez élevé pour donner lieu aux différentes formes de l'hydrencéphale aiguë consécutive. L'auteur rapporte un fait assez remarquable à l'appui de cette opinion.

6° Une sixième circonstance étiologique signalée par le docteur Jahn, est l'inflammation de la membrane muqueuse du nez et des oreilles. Presque tous les enfants atteints d'hydrencéphale pendant l'épidémie décrite précédemment, avaient été affectés de coryza au début de leur maladie; et, chez plusieurs, on put constater par l'autopsie les progrès de l'inflammatiom au travers de la lame criblée de l'ethmoïde, elle-même enflammée à sa partie crânienne.

7° Enfin, outre les affections fébriles et les exanthèmes aigus, dont l'influence sur la production de l'hydrencéphale a déjà été signalée, l'auteur range parmi les causes de cette maladie l'*anurie* rénale et la rétention d'urine chez les enfants. Il est d'obser-

vation que souvent, dans ces cas, la séreuse ventriculaire sécrète plus abondamment, et que tous les symptômes de l'hydrencéphale aiguë se manifestent à la suite de ces affections de l'appareil sécréteur de l'urine.

Les circonstances étiologiques indiquées par le docteur Jahn, sont d'une haute importance pratique; car, par leur juste appréciation, on pourra souvent prévenir une maladie qui, une fois développée, menace l'existence des enfants. Si l'influence de quelques-unes des causes admises par l'auteur attend de faits plus nombreux et bien observés une démonstration complète, nous ne pouvons nous refuser à considérer cette influence comme probable : c'est à l'observation qu'il faut en appeler pour juger définitivement ces intéressantes questions.

C'est avec raison que l'hydrencéphale aiguë est généralement considérée comme une maladie grave ; mais il s'en faut de beaucoup que cette maladie soit, comme on le pense communément, au-dessus des ressources de l'art.

Le docteur Jahn cite plusieurs observations intéressantes de guérison obtenue même dans la période d'exsudation. D'accord en ce point avec Formey et Krans, il combat l'opinion de Camper, Gælis, Whytt, Schæffer, Fothergill, etc., qui regardent la maladie comme mortelle dès que l'exsudation ventriculaire s'est opérée.

Un phénomène critique que l'auteur dit avoir observé assez souvent, c'est un écoulement séreux ou séro-purulent par le conduit auditif.

Un point sur lequel le docteur Jahn insiste de nouveau dans la thérapeutique de l'hydrencéphale aiguë, est la juste appréciation des différents états pathologiques qui constituent la maladie car le traitement ne saurait être le même pour tous.

Les moyens employés dans l'encéphalite et la méningite des enfants sont suffisamment connus : l'auteur ne s'y arrête pas; mais il paraît que le calomel n'a pas eu entre ses mains l'efficacité que d'autres praticiens lui ont reconnue. En revanche, les révulsifs puissants, au moyen de grands vésicatoires à la nuque et à l'occiput, ont eu des succès inespérés, surtout dans la méningite.

L'auteur préconise, en outre, les préparations saturnines, les lavements vinaigrés et ceux de tabac.

L'acétate et le carbonate de plomb sont, d'après les idées de M. Jahn, de véritables antiphlogistiques, et leur utilité dans le traitement des phlegmasies qui se terminent par exsudation lui paraît incontestable; mais de grandes précautions sont nécessaires pour l'administration de ces médicaments chez les enfants.

L'action des lavements vinaigrés est aussi prompte qu'énergique; immédiatement après leur administration, on voit la turgescence vers la tête disparaître, la face devenir pâle, fraîche et quelquefois analogue à celle des filles chlorotiques.

Les lavements de tabac préparés comme l'indique Fowler, agissent plus fortement encore.

Dans le traitement de l'éclampsie des enfants, les antiphlogistiques sont inefficaces, et les médicaments dits antispasmodiques paraissent encore les seuls convenables.

La forme de l'hydrencéphale aiguë, constituée par une simple hypersécrétion séreuse, réclame surtout l'emploi des révulsifs sur les organes sécréteurs et la peau.

L'auteur recommande en outre l'iode, qu'il dit avoir employé un grand nombre de fois, et dont l'action sur le système absorbant est démontrée par des observations nombreuses et incontestables.

Nous nous réservons de jeter un coup d'œil critique sur les opinions émises par le docteur Jahn sur la nature de l'hydrencéphale aiguë, dans un mémoire auquel nous travaillons en ce moment, et qui a pour but de tâcher d'éclairer le diagnostic si obscur des affections encéphaliques des enfants.

Quant aux moyens nouveaux que M. Jahn veut introduire dans la thérapeutique de l'hydrencéphale, c'est à l'expérience à prononcer. Cependant, autant qu'il est permis de juger *à priori*, nous pensons que l'efficacité des préparations de plomb prises à l'intérieur est très-problématique dans le traitement des phlegmasies. Un médicament aussi énergique ne saurait racheter les dangers de son administration que par une efficacité bien démontrée; il eût donc été désirable de trouver dans le mémoire

de M. Jahn quelques détails sur les faits d'observations constatant les succès des préparations saturnines.

L'iode est un médicament qui sans doute agit fortement sur le système absorbant; mais cette action est trop lente pour qu'on puisse y avoir recours dans les cas d'hypersécrétion très-aiguë; il pourrait mieux convenir dans ceux qui tendent à la chronicité.

(Ibid.) E. De Losen.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. — JANVIER 1840.

CE NUMÉRO CONTIENT :

1° Lettre médicale sur l'Italie avec quelques renseignements sur la Suisse; résumé d'un voyage fait en 1838, par M. Joseph Guislain. — 2° Notice sur une épidémie de dothinentérite qui s'est montrée dans la garnison d'Anvers pendant les mois d'août, septembre et octobre 1839, par M. Gouzée. — 3° Note sur quelques cas de fièvres typhoïdes, par M. Mareska.

Dans un voyage qu'il a fait en Italie, M. Guislain a recueilli quelques notions qu'il a communiquées, sous forme de lettres, à la Société de médecine de Gand. Il n'avait pas eu l'intention de rendre ses observations publiques, mais, cédant aux sollicitations de ses amis, il a changé d'idée.

Il est des détails sur l'Italie médicale qui sont encore ignorés : M. Guislain a pensé qu'en remplissant cette lacune il ferait une chose intéressante et utile.

Son travail se compose de trois parties qui formeront trois lettres : la première traite de la topographie médicale de l'Italie et de sa constitution morale; la seconde comprend les établissements scientifiques et charitables; et la troisième contient quelques données sur les établissements sanitaires et pénitenciers de la Suisse.

Nous avons sous les yeux la première lettre de M. Guislain : notre intention n'est pas de le suivre dans tous les détails de la narration de son voyage, nous nous bornerons à en faire ressortir les points principaux.

En parcourant l'Italie, l'auteur s'est attaché à l'étude de l'action des influences locales sur les habitants de ce pays. Il n'a point perdu de vue les sentences du père de la médecine, celles surtout qui concernent le sol, l'air et les lieux.

La pureté de l'atmosphère en Italie, a fait admettre des conditions salutaires à un haut point pour la santé. Peu de temps a suffi à M. Guislain pour apprécier à sa valeur cette croyance plus qu'exagérée.

Les hautes montagnes du nord de l'Italie, modifient puissamment la constitution atmosphérique des vallons voisins. L'air y est souvent chargé d'humidité. L'atmosphère y subit des refroidissements qui se répètent fréquemment.

A Gênes, M. Guislain a observé que les changements de température sont si fréquents et si prompts, qu'on subit la plupart du temps, en un jour, l'influence des quatre saisons réunies.

En visitant successivement les différents états de l'Italie, il a acquis la conviction que ce qu'il avait trouvé à Gênes se rencontre presque partout, et surtout sur le littoral maritime, même dans des proportions croissantes à mesure qu'on s'éloigne du nord. Il fut bientôt prouvé pour lui qu'une des conditions contraires à la santé doit être rapportée dans ce pays *aux variations continuelles de la température*.

Le régime suivi dans ce climat chaud, est propre aussi à altérer la santé, quand on ne l'accompagne point des précautions nécessaires. On y boit, dit l'auteur, beaucoup d'eau froide; on fait une grande consommation de glace, qu'on a soin de mêler à toutes les boissons rafraîchissantes, et que le peuple boit avec une avidité et une délectation extrêmes. L'usage des fruits froids et acides, en produisant des maux de ventre, doit encore être indiqué parmi les agents qui tendent à compromettre la santé. Il en est de même de l'impression que cause sur les pieds leur contact avec les planchers de marbre, que l'on rencontre presque partout dans les grands édifices, les églises, et les palais surtout.

Les variations extrêmes de la température atmosphérique causent en Italie des maladies graves, appartenant généralement aux affections inflammatoires et comme on le conçoit facilement, occasionnées par des suppressions de la transpiration cutanée;

A en juger par la population des hôpitaux, il faut croire que le nombre des malades est beaucoup plus considérable dans ce pays que partout ailleurs. M. Guislain pense qu'il y aurait à cet égard de curieuses recherches à tenter : en prenant, par exemple, l'Angleterre comme sujet de comparaison, on arriverait, selon lui, à des résultats intéressants. Ainsi ce qui frappe en Angleterre, à Londres surtout, c'est l'air de santé des habitants, c'est l'exiguité des hôpitaux, leur nombre peu considérable et disproportionné à l'immense population de cette ville, couverte de fumée et de brouillards. Ce qui saute aux yeux en Italie, ce sont partout les grands hôpitaux et leurs populations énormes.

Les maladies se présentent dans ce pays avec un caractère réactionnaire qu'explique la grande mobilité du système nerveux des habitants, toujours mise en jeu par de nombreux excitants, surtout par le calorique extérieur. Dans les hôpitaux qu'a visités M. Guislain, il a rencontré partout de nombreuses affections de poitrine : partout, dit-il, on entend tousser violemment, partout on voit cracher beaucoup. A Rome, à Naples et ailleurs des salles sont particulièrement affectées aux poitrinaires, aux phthisiques surtout.

Partout en Italie on observe des affections catarrhales en grand nombre, des angines, des otites, des maux de dents. Dans certains endroits les affections rhumatismales, sont en quelque sorte endémiques. Presque partout, les toux chroniques se présentent dans des proportions effrayantes.

L'ophthalmie est fréquente en Italie. Valentin la dit endémique à Livourne. Elle règne fortement parmi les militaires, et considérée comme contagieuse par les uns, elle est attribuée par d'autres aux variations atmosphériques, à l'humidité nocturne surtout. Sur différents points, des chaires spéciales sont consacrées dans les corps enseignants à l'ophthalmologie et au développement des méthodes curatives spéciales que demande le traitement de ce genre d'affections. Les doctrines allemandes prévalent généralement dans ces sortes d'enseignements.

En accordant au refroidissement de la peau toute la part d'influence morbide qu'il mérite, l'auteur pense toutefois que la chaleur atmosphérique joue également un grand rôle dans la fré-

quence avec laquelle se manifestent les maladies inflammatoires en Italie, en donnant à ces maladies un caractère de gravité et d'acuité qu'elles n'ont pas généralement dans d'autres pays.

Indépendamment de cette influence du climat, si puissante dans la production des maladies inflammatoires, il en est une autre qui, selon M. Guislain, émane du système nerveux et qui, d'une part, occasionne des orgasmes congestionnaires et, de l'autre, engendre une foule d'anomalies nerveuses. Ainsi, il est prouvé qu'en Italie les maladies cérébrales, nées sous l'action de la chaleur externe, sont très-fréquentes; ces affections règnent particulièrement chez les campagnards et surtout à l'époque de l'année qui, les appelant dans les vignobles, les expose à l'ardeur du soleil.

J'ai trouvé dans ce pays, dit l'auteur, comme exception à ce que l'on voit dans nos contrées, des cas assez nombreux d'aliénation mentale survenue à la suite de l'insolation. Presque partout j'ai vu la saignée invoquée dans le traitement de ce genre d'affections, et, il faut le dire, avec un succès que l'on ne constate point dans nos provinces.

On comprend toute l'influence qu'ont dû avoir ces particularités sur les doctrines médicales créées en Italie. De prime abord, on voit comment Rasori a dû arriver à l'idée des contre-stimulants et de sa théorie sur l'inflammation.

M. Guislain a pu s'assurer qu'en pratique la doctrine des contre-stimulants ne dévie pas tant de la route ordinaire, qu'on serait porté à le croire au premier aperçu.

Nulle part, abstraction faite des petites répulsions scientifiques et personnelles, il n'a rencontré moins d'hommes à préjugés qu'en Italie, et nulle part peut-être la médecine d'observation ne trouve de défenseurs plus zélés et plus nombreux.

Il a trouvé la pratique médicale très-variée dans les prescriptions. Il est évident, ajoute-t-il, que là toute l'attention des médecins ne s'absorbe point dans la considération des lésions organiques. Sous le rapport des moyens employés, la pratique médicale des médecins italiens a de l'analogie avec celle des Allemands; mais la manière de voir des Italiens est moins minutieuse.

Au fond de ces agents qui déterminent la diathèse inflammatoire, on retrouve aussi l'influence puissante qu'exerce la chaleur sur le système biliaire en donnant au tempérament des habitants de l'Italie cette teinte particulière propre en général aux hommes de tous les pays chauds. Cette modification de la constitution consiste essentiellement dans une prédominance veineuse et dans le développement des maladies dites bilieuses.

En visitant les différents hôpitaux de l'Italie, M. Guislain a pu constater une tendance réelle aux affections du système hépatique. Il a trouvé partout des enduits jaunes de la langue, un état de tension de l'hypochondre droit, une peau brûlante, une fièvre forte, des céphalalgies, un état de prostration, un certain facies que nous avons rarement occasion d'observer dans notre latitude. Sur plusieurs points on lui a signalé les bons effets des évacuants, des vomitifs surtout.

L'atmosphère n'est pas toujours en Italie d'une pureté extrême. Les vapeurs se dégageant du sol, celles émanant de la mer, occasionnent sur plusieurs points des brouillards qui s'amoncèlent et forment des nuages quelquefois très-épais ; c'est ce qui arrive principalement là où les vallées sont circonscrites par de hautes montagnes.

Indépendamment de la disposition aux inflammations que cet état atmosphérique engendre par des arrêts de transpiration, il favorise aussi, dit M. Guislain, d'une manière très-puissante, le développement des *fièvres d'accès.*

Toutefois, en dehors de cette considération d'une atmosphère nébuleuse et de ses refroidissements subits, il faut que d'autres causes contribuent, à Rome, à y altérer la pureté de l'air ; car les maladies y ont un caractère spécial.

On y rencontre des fièvres intermittentes sous toutes les formes possibles.

Elles règnent principalement en été et en automne.

Il paraît même qu'à différentes époques ces maladies revêtent le caractère épidémique, s'annonçant sous la forme de fièvres malignes.

Les fièvres tierces sont surtout fréquentes dans Rome; les fièvres pernicieuses et algides s'y observent assez souvent. Elles

sont fréquemment accompagnées de symptômes cérébraux.

Indépendamment des fièvres franches, Rome et sa campagne offrent une foule d'affections se présentant périodiquement, des inflammations, des rhumatismes, des affections nerveuses de toute nature, régnant particulièrement parmi les femmes et les constitutions énervées.

Ce que M. Guislain dit de Rome, de sa banlieue et de ses environs, est applicable à d'autres localités en Italie. Nous croyons inutile de le suivre dans tous les détails qu'il donne à cet égard.

Dans la deuxième partie de sa première lettre, M. Guislain traite de la constitution morale de l'Italie, considérée dans ses rapports avec le développement des maladies mentales. Il entre, à cet effet, dans de longues considérations sur l'état de la civilisation dans ce pays, et sur les causes qui donnent naissance à la folie.

Il résulte de ses recherches que cette maladie est plus rare en Italie qu'en Allemagne, en France, en Belgique, en Hollande et en Angleterre.

M. Brière de Boismont a, le premier, fait ressortir la disproportion entre le nombre des aliénés observés en Italie et celui des pays connus par leurs tendances sociales. Toute l'Italie réunie, à l'exception des îles, d'après un calcul fait par lui, donne 1 aliéné sur 4,879 habitants. D'après un calcul de M. Esquirol, fait en 1834, il y aurait en Italie 1 aliéné sur 3,785 habitants, tandis qu'en Angleterre, en Belgique, en France, en Allemagne on en compterait 1 sur 1,000 habitants, et selon les calculs récents de Fruderich, 1 sur 900.

M. Guislain se demande quelle est la condition qui préserve de la folie l'Italien plus que l'habitant de toute autre nation? Voici l'explication qu'il donne de ce fait.

L'Italien, dit-il, imprime à son esprit une direction opposée à nos tendances; dans un certain sens, le cœur souffre et saigne moins souvent chez lui; quoique intéressé et avide d'argent à un haut point, il trouve moins souvent son bonheur dans des spéculations hasardeuses et au-dessus de ses forces; sa vie offre plus d'uniformité; il cherche une espèce de calme, capable de laisser un libre essor à son imagination; les mots de progrès, d'éman-

cipation ne sonnent pas avec force à ses oreilles. Les affaires publiques ne passent guère dans l'esprit des masses. Le peuple ne connaît point les nouvelles des autres pays ; il ne lit point les journaux, ces violents excitateurs des sentiments politiques, il ne se passionne point pour ce que nous nommons un nouvel ordre des choses, et s'il lui arrive d'élever la voix et de murmurer, la discipline gouvernementale, lourde et ombrageuse, sait vite étouffer ces manifestations populaires. Le génie italien, étudié parmi les masses, tend vers le beau idéal; il est vraiment oriental, il est religieux, et tout à fait identifié actuellement avec les combinaisons artistiques.

Le génie parmi les peuples modernes tend, au contraire, vers le calcul, vers les spéculations financières et industrielles; il vise aux conquêtes, il crée des passions, il acquiert un laisser aller et un oser faire qui compromettent tous les intérêts de l'individu. Nous nous croyons heureux lorsque les principes libéraux s'infiltrent dans les masses, lorsque nous entendons le bruit des machines, lorsque l'argent circule; et le résultat de tant d'efforts, de tant d'espérances et souvent de bien des intrigues, c'est que les établissements de bienfaisance se remplissent d'êtres dont la raison est égarée, et que l'homme devient souvent insupportable à lui-même et met un terme à ses maux par une mort violente.

La conclusion scientifique à laquelle est conduit M. Guislain, c'est que les vraies sources des maladies mentales ne doivent point être cherchées de préférence dans quelques altérations préexistant dans les organismes, dans des agents appartenant au monde physique, mais dans des conditions du moral, notamment dans la sphère des affections, dans celles surtout qui compromettent nos plus chers intérêts.

Dans la troisième partie de sa lettre, l'auteur jette un coup d'œil rapide sur les travaux des médecins de l'Italie; il fait ressortir le mérite particulier de chacun d'eux, et apprécie l'influence de leurs écrits sur le développement de la science.

En fournissant des données sur la littérature médicale, l'intention de M. Guislain n'a pas été de faire une bibliographie médicale complète des auteurs italiens; il a voulu indiquer seulement

quelques noms qui honorent ce pays et les ouvrages qui y sont le plus répandus.

Il a eu pour but, dit-il, de fixer l'attention sur une source féconde de matériaux qui ont très-souvent un caractère de spécialité et dans lesquels on pourrait puiser avec un avantage réel.

Il termine sa lettre par l'énumération des associations scientifiques médicales de l'Italie et celles qui sont liées à la médecine par la culture des sciences qui s'y rattachent.

—

NOTICE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE DOTHINENTÉRITE

QUI S'EST MONTRÉE DANS LA GARNISON D'ANVERS PENDANT LES MOIS D'AOUT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1839.

Par M. GOUZÉE.

La fièvre typhoïde a paru dans la garnison d'Anvers au commencement du mois d'août 1839, après s'être montrée déjà sur plusieurs points de la Belgique. Cette maladie que l'on rencontre assez souvent parmi nos jeunes soldats, dit M. Gouzée, a pris cette fois un caractère épidémique très-tranché; elle a augmenté de fréquence et de gravité jusque dans la dernière quinzaine de septembre, puis les cas en sont devenus, peu à peu, moins nombreux, quoiqu'offrant quelquefois encore une grande gravité, et ils ont presque entièrement cessé de se montrer vers le milieu du mois d'octobre.

Cette influence épidémique s'est également fait sentir en ville, soit par des cas de dothinentérite déclarée, soit par divers dérangements de l'appareil digestif, très-souvent accompagnés de maux de tête. Il est à remarquer qu'à la même époque des cas assez nombreux de variole ont paru tant en ville que parmi les militaires de la garnison, et qu'un grand nombre de ceux-ci ont été affectés de stomatites et de gingivites quelquefois fort intenses.

La dothinentérite s'est en général présentée à notre observation, ajoute M. Gouzée, sous l'aspect d'une fièvre à laquelle il eût été difficile bien souvent d'assigner une place dans le cadre nosologique de Pinel. Quelquefois elle offrait, surtout dans les premiers jours, plusieurs traits de la fièvre inflammatoire, et

plus fréquemment ceux de la fièvre muqueuse; rarement elle a revêtu la forme bilieuse. M. Gouzée pense que c'est en partie au traitement prompt et actif qui a été institué, qu'il a dû, dans la plupart des cas, l'absence des formes adynamique et ataxique. Elle s'est au reste manifestée, chez tous les malades, par l'ensemble plus ou moins complet des phénomènes que l'on regarde généralement aujourd'hui comme propres à caractériser la fièvre typhoïde.

Après avoir décrit ces symptômes, l'auteur ajoute : J'ai souvent traité, et non sans quelque succès, la fièvre typhoïde, par une simple médecine expectante, hygiénique, après deux ou trois évacuations sanguines pratiquées dans les premiers jours. Dans l'épidémie actuelle j'ai opposé à cette maladie les émissions sanguines répétées et pratiquées surtout à des intervalles rapprochés. Les succès que j'ai obtenus de ce mode de traitement m'ont détourné de faire d'autres essais, et ce n'est qu'en désespoir de cause que j'ai quelquefois eu recours à d'autres moyens, et particulièrement aux chlorures, qui après m'avoir paru utiles autrefois, n'ont pas soutenu depuis, à mes yeux, leur réputation.

Sur 56 cas de dothinentérite bien caractérisés, qui se sont présentés à l'hôpital, depuis le commencement du mois d'août jusqu'au milieu d'octobre, M. Gouzée n'en a perdu que six.

Parmi ces 56 cas, il y en a eu cinq assez légers pour n'exiger qu'une seule saignée de 12 à 16 onces, et onze qui ont facilement cédé à la simple expectation. — Cependant il ne pense pas, avec quelques médecins, que les moyens de l'art les plus prompts et les mieux appropriés puissent toujours rendre légère, ou juguler une dothinentérite, dont une foule de circonstances ont depuis longtemps préparé l'intensité.

Il fait remarquer que les émissions sanguines répétées et pratiquées surtout à des intervalles rapprochés, se sont montrées évidemment utiles. Vers l'époque de la convalescence, c'est-à-dire lorsque l'abdomen n'offrait plus qu'une très-légère tension, que la peau était fraîche, le paroxisme du soir à peine sensible, M. Gouzée a souvent administré 2 ou 4 grains par jour de sulfate de quinine, à prendre immédiatement avant les repas, il lui

a paru que cette médication accélérait beaucoup le retour des forces et prévenait les rechutes.

Dans quelques cas, l'apparition d'une fièvre périodique ou d'un phénomène à type intermittent, a nécessité, à la même époque, l'emploi du sulfate de quinine, à dose fébrifuge.

L'auteur a remarqué que la convalescence exige moins de ménagements de régime quand on a fait usage du sulfate de quinine. Il indique quels sont les aliments qui conviennent le mieux dans cette circonstance et les précautions hygiéniques qu'il est nécessaire d'observer dans le cours de la maladie.

M. Gouzée rapporte ensuite trois observations qu'il a choisies parmi les faits très-nombreux qui se sont présentés à sa clinique et qui lui paraissent les plus propres à donner une idée du caractère de la maladie, du mode de traitement qu'il a employé, de son influence et des altérations organiques trouvées après la mort.

NOTE SUR QUELQUES CAS DE FIÈVRES TYPHOIDES;

Par M. le Dr MARESKA.

Cinq cas de fièvre typhoïde se sont déclarés, à quelques jours d'intervalle, dans le quartier des femmes de la maison de détention de Gand; M. Mareska les a tous combattus, au commencement de la maladie, par des saignées copieuses et répétées, quoique depuis 1837, époque à laquelle il eut à traiter une épidémie de dothinentérite, il se fût fait une loi de ne recourir à ce moyen qu'avec prudence et réserve.

Au début de la deuxième période de la maladie, des symptômes, indiquant une rémittence périodique, ont obligé M. Mareska à recourir à l'administration du sulfate de quinine, et chaque fois celui-ci a promptement provoqué la convalescence.

M. Mareska établit ensuite un parallèle entre ces faits et ceux qu'il a observés dans une épidémie de fièvre typhoïde qui au mois de juillet 1837 éclata dans le même établissement. Il en résulte qu'une différence assez grande existe entre ces deux ordres de faits, ce qui explique la différence de traitement.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 2 MARS 1840.

RAPPORT SUR LE PELVIMÈTRE GÉOMÉTRIQUE DU PROFESSEUR VANHUEVEL (1).

Messieurs,

Un instrument de la plus haute importance et dont l'application se fait avec une exactitude mathématique, vous a été présenté avec un mémoire explicatif. Vous nous avez chargés de faire un rapport sur l'instrument et le mémoire.

M. le docteur Vanhuevel, professeur d'accouchement à l'Université de Bruxelles, chirurgien en chef à la Maternité de cette ville, regrettait comme bien d'autres médecins, que l'art obstétrical fut réduit à une mensuration approximative des diamètres du bassin, dans des circonstances où la connaissance exacte de ces diamètres pouvait être de la plus haute importance pour la vie de la mère et pour celle de l'enfant.

Peut-on dans tous les cas, sauf quelques exceptions extrêmement rares, apprécier les divers diamètres de la cavité pelvienne d'une manière rigoureuse? Tel est le problème à la solution duquel M. le professeur Vanhuevel a consacré ses veilles. Tel est l'objet du travail qu'il vous a présenté.

Les pelvimètres employés tantôt à l'extérieur seulement, tantôt à l'intérieur, sont nombreux dans l'arsenal chirurgical. Baudelocque, Kluge, Davis, Chaussier, Barovero, Sterk, Kurzwich, De Koeppe, d'Astrubali et Coutouly, etc., ont proposé des mensurateurs qui tous, ou à peu près, sont des modifications les uns des autres. Si parmi les pelvimètres proposés, il en est qui sont basés sur un mode de mensuration essentiellement différent, il est certain que le résultat de leur

(1) MM. Langlet, *rapporteur*, Rieken, J. R. Marinus, Meisser Mouremans, G. Seutin, *commissaires*.

application est le même, c'est-à-dire qu'ils ne donnent qu'une mensuration inexacte. L'auteur du mémoire qui vous est présenté, passe en revue tous ces mensurateurs et fait ressortir avec lucidité, par des raisons pratiques et des exemples, ce que nous venons de dire. Il prouve également que le doigt explorateur, ce pelvimètre par excellence qu'on dit le meilleur, laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude.

L'instrument de Mme Boivin, si récent dans la chirurgie et qui à son apparition a excité l'attention de beaucoup de chirurgiens, parce que le premier il a évité les tiraillements douloureux du vagin par l'introduction simultanée et le développement opposé de deux doigts ou tiges métalliques dans son intérieur, l'instrument de Mme Boivin, disons-nous, est loin d'être d'une application rigoureuse, exacte et facile. Le docteur Vanhuevel le prouve et le fait pratique rapporté par lui est trop digne de méditation, pour que nous le passions sous silence. Une femme âgée de 35 ans, Valentine D..., enceinte d'environ sept mois et demi, vint à la Maternité de Bruxelles, et fut soumise à l'application du compas d'épaisseur de Baudelocque, au doigt explorateur, au pelvimètre de Coutouly, à l'intro-pelvimètre de Mme Boivin. Les résultats n'étant ni uniformes ni péremptoires pour justifier l'accouchement prématuré, Valentine fut renvoyée et ne revint à l'Établissement que vers la fin de juin. Elle accoucha le 1er juillet et succomba le sixième jour à une métrite par contusion. Vingt-quatre heures après la mort, il fut procédé à la mensuration du bassin, dans l'intention d'en vérifier l'exactitude par l'ouverture de l'abdomen. La mesure du diamètre sacro-pubien prise au moyen d'un compas, fit reconnaître une erreur de sept lignes par l'instrument de Baudelocque, de huit lignes par le doigt explorateur, de six lignes par l'instrument de Mme Boivin, d'une ligne par celui de Coutouly.

Cette observation est la preuve irrécusable de l'impossibilité d'une mensuration précise du bassin par les procédés connus; c'est, persuadé de cette impossibilité, que M. le professeur Vanhuevel s'est livré à de longues méditations, à de laborieux essais et c'est par la démonstration et l'application de ce principe géométrique qu'en connaissant les deux côtés et l'angle d'un triangle on peut trouver le troisième côté, qu'il est parvenu à la solution du problème. Savant et modeste, M. Vanhuevel craint qu'on l'accuse de présomption s'il tente d'obtenir ce que tant de praticiens n'ont pu obtenir; il n'a voulu qu'être utile à l'humanité, aux progrès de la science, dit-il; il demande qu'on excuse ses tentatives; il a l'espoir qu'elles exciteront de plus habiles et de plus capables que lui à la continuation de ses travaux. Messieurs, deux d'entre nous ont été présents à l'application du pelvimètre de M. Vanhuevel sur un bassin sec et puis sur une

femme morte quelque temps après l'accouchement. Nous avons été émerveillés des résultats et de la simplicité de l'application. L'ouverture du cadavre nous a prouvé que les diamètres avaient été déterminés avec la plus rigoureuse exactitude. La mensuration précise de la cavité pelvienne est aujourd'hui facile ; honneur au médecin belge auquel on doit cet important progrès.

Nous écrivons ces lignes, sous l'impression de l'enthousiasme que nous avons éprouvé. Nous avions pensé vous décrire le pelvimètre qui cause notre admiration, vous parler de son application : nous ne le ferions qu'en copiant textuellement le mémoire de M. le docteur Vanhuevel. La langue mathématique est si précise et tout est si conci dans les inductions que tire notre collègue, que nous pensons ne pouvoir faire mieux que de proposer l'impression immédiate du mémoire en entier et la lithographie des planches qui y sont jointes.

Nous regrettons qu'aucune vacature permette de nommer le docteur Vanhuevel membre résidant. Nous vous proposons dans cette occurrence, de lui offrir le titre de membre correspondant avec droit d'assister aux séances. Nous vous proposons d'adresser des félicitations à l'auteur du pelvimètre que nous désirerions voir nommer : pelvimètre géométrique du professeur Vanhuevel, et enfin nous vous proposons de faire construire l'instrument aux frais de la Société et le dépôt à notre Musée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

CONCOURS DE 1841.

La Société de médecine d'Anvers, dans sa séance du 28 septembre, a proposé la question suivante pour le concours de 1841 : « *Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales.* »

Une médaille d'or de la valeur de 300 francs sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, allemand ou latin devront être remis (*franc de port*) avant le premier janvier 1841, au Secrétaire de la Société.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la Société, il est toutefois loisible aux concurrents d'en faire prendre copie.

Le secrétaire de la Société,

C. Broeckx.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA ROUGEOLE;

Par M. JOURDAIN, D. M., à Binche.

I. La rougeole, ordinairement assez bénigne à Binche, a acquis, cet automne, une gravité insolite. Elle a sévi sur la presque totalité des enfants qui n'avaient pas encore eu cette maladie. Plusieurs même en ont été frappés deux fois.

Les conditions hygiéniques, dans lesquelles les malades étaient placés, ont paru avoir peu d'influence sur la marche de la rougeole. Des malades, entourés des soins les plus minutieux, ont succombés. D'autres furent impunément exposés, pendant toutes les périodes de l'exanthème, à l'impression d'un air froid et humide.

La maladie préluda, sur la fin d'août, par quelques cas légers, parvint rapidement au summum d'intensité, et ne semble cesser aujourd'hui (20 novembre) ses ravages, que faute de victimes.

La mortalité étant subordonnée au traitement, ne peut donner la mesure de l'intensité de la maladie. Sur quarante cas, nous avons perdu quatre malades, dont il sera fait mention dans cet article.

Les plus jeunes rubéoliques avaient huit à neuf mois, les plus âgés neuf à dix ans. Les deux sexes étaient également affectés.

Lorsque tant d'individus d'âge et de sexe différents, dans les

situations, les diètes les plus opposées, les sanguins comme les rachitiques, contractent en même temps une maladie qu'aucun moyen ne peut conjurer, on ne peut méconnaître l'influence d'une cause générale, agissant sur tous, mais dont les effets sont modifiés par les circonstances individuelles, qui atténuent ou corroborent son action.

Il serait absurde, j'oserais presque dire niais, d'attribuer les maladies épidémiques aux qualités physiques de l'air, quand « on a vu les mêmes maladies régner sur tous les terrains, par tous les vents, lors des états électriques ou hygrométriques de l'air les plus dissemblables (Piorry). »

Peut-on chercher la cause de l'affection morbilleuse dans une modification chimique de l'air? Un tel état de l'atmosphère ne produirait-il pas incontinent de bien plus graves affections que la rougeole? L'hypothèse qui attribue cette maladie à l'absorption d'un principe miasmatique nous paraît plus vraisemblable. M. le docteur Daumerie, dans un article très-intéressant sur la rougeole, se demande ce que peut devenir cet agent pendant son interrègne; quel aliment peut continuer à lui conserver son énergie? Il nous semble que la dissémination des émanations putrides qui produisent les épidémies, les combinaisons nouvelles qui neutralisent leurs propriétés délétères et l'éventualité des circonstances qui déterminent les foyers d'infection, répondent à ces questions d'une manière suffisante.

L'opinion professée par Magendie, Roche, etc., sur la contagion des typhus, nous paraît entièrement applicable à la rougeole. La contagion aura lieu dès qu'un individu prédisposé respirera dans un milieu suffisamment saturé du principe morbifère, soit que ce principe émane directement d'un foyer d'infection, soit qu'il soit exhalé par des morbilleux, soit qu'il provienne de ces deux sources à la fois. Nous ne croyons pas qu'un malade placé hors de la sphère d'activité du foyer d'infection, puisse transmettre la rougeole à un autre individu, même prédisposé.

Premier fait. — De trois enfants couchés dans le même lit, les deux aînés contractèrent la rougeole. Le plus jeune n'en fut pas atteint, et cependant il était né de parents cacochymes; il

suçait un mauvais lait; il était étiolé dans une chambre étroite, obscure et peu aérée.

Nous pensons avec MM. Cazenave, Daumerie et Guersent, que la rougeole peut exister sans éruption, et, à plus forte raison, sans catarrhe. La rougeole a cela encore de commun avec les autres affections épidémiques. Dans la grippe, dans le typhus, les symptômes pathognomoniques peuvent faire défaut. Malgré M. Louis, les *plaques* peuvent manquer dans une véritable fièvre typhoïde.

C'est, croyons-nous, que dans les maladies épidémiques, la cause morbifère, transportée par le sang, est mise en contact avec tous les organes qui en sont plus ou moins impressionnés chacun selon sa susceptibilité actuelle, laquelle dépend d'une foule de circonstances secondaires.

Deuxième fait. — Nous avons vu une fille de vingt mois qui avait présenté les signes précurseurs de la rougeole et que ses parents avaient exposée à une chaleur excessive, dans le but d'exciter l'éruption, succomber le troisième jour, à un engouement de la totalité du poumon droit, sans offrir aucune trace de rougeole.

Dans la grande majorité des cas, la maladie n'attaque qu'une seule fois l'individu. M. Daumerie pense qu'il est entré dans les desseins de la Providence que les maladies miasmatiques n'attaquassent l'individu qu'une seule fois, parce que, s'il en eût été autrement, la vie fût devenue impossible pour les personnes prédisposées, qui seraient forcées de rester dans les lieux contaminés, et, qu'en conséquence, elle a imprimé aux organes une force particulière qui les met à l'abri d'une seconde attaque. La Providence de M. Daumerie nous paraît bien parcimonieuse. Il ne lui en eût pas coûté davantage de nous mettre à l'abri d'une première attaque, que d'une seconde. Et que penseront d'ailleurs de cette Providence, les malheureux qu'elle abandonne une deuxième fois à la furie du fléau?

Troisième fait. — Un garçon de deux ans, et une fille de vingt-huit mois, qui avaient eu la rougeole au printemps, en furent affectés de nouveau, au mois d'octobre dernier. M. Daumerie parle d'une demoiselle qui eut trois fois la rougeole.

C'est à tort, selon nous, qu'on regarde indistinctement comme complications, toutes les phlegmasies viscérales qui se développent pendant le cours de la rougeole. La pneumonie, qui l'accompagne si fréquemment, est un des éléments, une des expressions de l'affection morbilleuse.

Quatrième fait. — Sur quarante cas que nous avons observés, la pneumonie fut accusée, chez dix-huit malades, par les signes physiques et fonctionnels de cette lésion. Peut-être fut-elle plus fréquente encore; car nous n'avons pu ausculter tous les malades. Tous les médecins savent combien l'auscultation et la percussion sont d'une application difficile, dans la pratique civile. Heureusement ces moyens d'investigation ne sont pas indispensables. On a trop exagéré leur importance. Le traitement est la meilleure méthode d'exploration, dans les maladies aiguës surtout. Le tartre stibié est la pierre de touche des maladies de poitrine. Toute maladie de poitrine, qui ne cède pas au tartre stibié, convenablement administré, est une lésion organique.

L'encéphalopathie, quoique beaucoup plus rare, peut être rangée sur la même ligne que la pneumonie.

Cinquième fait. — Un enfant de trois ans, rachitique, présentait les signes d'une violente encéphalopathie : spasmes des membres et des muscles de la face ; perte de l'intelligence et de la sensibilité, etc. Je prescrivis un vomitif et des révulsifs cutanés. Il n'y eut point de vomissement, mais une abondante diaphorèse fut suivie d'une détente générale, et, la nuit suivante, l'éruption parut.

Que penser des médecins qui, dans des cas semblables, prescrivent, comme *révulsifs,* des cataplasmes *de farine de lin,* aux extrémités inférieures !

L'apparition du *croup* dans la rougeole est une véritable complication, car cette maladie dépend d'une cause spéciale, évidemment distincte de celle qui produit la rougeole. Nous l'avons observée avant, et après l'éruption rubeolique.

Sixième fait. — Chez un garçon de deux ans, le croup, parvenu lentement à sa troisième période, sous l'influence d'une imprudente expectation, céda pourtant aux vésicatoires et aux frictions mercurielles, et fut immédiatement suivi de la rougeole.

Le second jour de l'éruption une pneumonie intense se déclara, accompagnée d'*eczema simplex* aux parties latérales de la face et du cou, et de *rupia escarrotica* à l'un des doigts de chaque main. On se borna à l'entretien des exutoires et à l'usage des gommeux. Le petit malade mourut cinq jours après.

Nous avons observé dans deux cas, le rupia escarrotica.

Chez deux autres enfants le croup aigu fut enrayé par les vomitifs, pendant la période de desquamation.

II. Tous les médecins paraissent persuadés que l'éruption morbilleuse résulte d'un effort dépurateur, puisque nul ne songe à combattre la phlogose cutanée; qu'on l'excite, au contraire, par des stimulants internes et externes, quand elle est faible et languissante. Il est reconnu aussi que la plupart des phlegmasies viscérales, qui se développent dans la rougeole, dépendent, comme l'exanthème, de ce même principe, dont la nature s'efforce de se débarrasser, par l'émonctoire cutané. L'étiologie de la rougeole fournit donc la principale indication thérapeutique : *Favoriser l'élimination de la cause morbifique.*

Dans les cas ordinaires, disent les auteurs, quand la maladie est simple, il faut se borner aux soins hygiéniques, favoriser l'éruption par l'usage de boissons légèrement sudorifiques, etc. Dans les cas graves, la maladie étant toujours la même, quelque variées que soient ses expressions symptomatiques, il semble que les mêmes moyens devraient être employés, avec une énergie proportionnée à l'acuité des symptômes; qu'on devrait faire *suer* tous les tissus excréteurs, et chasser le miasme par tous les pores; mais telle n'est point la logique du physiologisme. Écoutons Broussais : « Dans les maladies par infection, les inflammations sont déterminées par les matières morbides qui altèrent le sang. — Dans tous ces cas, ainsi que dans les rougeoles, varioles, etc., l'indication est de combattre (on sait par quels moyens) les inflammations viscérales. *Si on y réussit*, (c'est-à-dire, si malgré la perte de sang, et la diminution des forces, l'absorption délivre l'organe souffrant de la cause morbifère, et que les excréteurs l'expulsent de l'économie) on n'a nullement besoin (nous en convenons) de s'occuper de la dépuration du sang. »

Et si on ne réussit pas?..... Mais la médecine *physiologique* réussit toujours. Peut-il en être autrement d'une méthode qui a la puissance de faire disparaître les effets, malgré la persistance des causes? Ainsi les porteurs de gastrite pourront désormais se gorger impunément de spiritueux, pendant un traitement antiphlogistique. Si on réussit à enlever l'inflammation, si les sangsues parviennent à sucer la gastrite, l'estomac saura bien se débarrasser des liquides irritants qui l'importunent!

Le médecin distingué, que nous avons déjà cité, M. le docteur Daumerie, fait remarquer que le génie miasmatique, cause efficiente de la rougeole, doit être pris en considération, et nous rendre plus réservés dans l'emploi de la saignée. Il ne faut pas oublier, disent Cazenave et Schedel, que la saignée, dans la rougeole, est une médication exceptionnelle. » Disons plus, les émissions sanguines sont absolument contre-indiquées, et par la nature de la maladie, et par l'âge des malades.

Au début d'une rougeole bénigne, l'expectation est, sans contredit, une méthode rationnelle. Dans bien des cas, cependant, trompés par l'apparence bénigne d'une rougeole commençante, nous avons eu à nous repentir d'être restés dans l'inaction; jamais d'avoir prescrit le *vomitif*.

Cazenave et Schedel n'emploient le vomitif que dans la complication de croup. Sans motiver cette restriction, ils conviennent toutefois qu'on a vu l'administration de l'ipécacuanha faire paraître l'éruption, avec plus de rapidité et de force.

« Dans les prodrômes des fièvres exanthématiques, dit M. L. Petit, dans un excellent travail sur les maladies épidémiques, un vomitif favorise l'éruption et la rend plus bénigne. »

« Quelquefois, dans le prodrôme de la rougeole, des vomissements ont lieu. Quand la nature tend à cette évacuation, dit Buchan, loin de la contrarier, il faut la favoriser. Le vomissement soulage beaucoup le malade. »

Il faut surtout insister sur l'emploi des vomitifs quand la fièvre qui précède l'éruption est forte ou dépasse le terme ordinaire.

Et lorsqu'une circonstance quelconque s'oppose à l'emploi du

vomitif, le bain de pieds sinapisé, et surtout les *vésicatoires*, sont les moyens auxquels il convient d'avoir recours. Matthews prévenait par les vésicatoires, au début de la rougeole, la pneumonie, et les autres satellites de l'exanthème.

C'est à l'emploi simultané des vomitifs et des vésicatoires qu'il faut encore recourir lorsqu'il existe, avant l'apparition de l'exanthème, des signes de pneumonie, ou d'encéphalite. Gardien regarde les vésicatoires comme les moyens par excellence à opposer à ces cas.

Pendant le cours d'une éruption régulière, il suffit des moyens hygiéniques recommandés par tous les auteurs.

Mais quand l'éruption s'étend à toute la surface cutanée, si la pneumopathie et la fréquence du pouls persistent, il faut appliquer un large vésicatoire sur la poitrine, et si la vésication n'enraie point le mouvement fébrile, il ne faut pas hésiter à prescrire un vomitif, et le répéter, au besoin, dans les vingt-quatre heures. Duboscq de la Roberdière faisait vomir, sans avoir égard à l'éruption, et s'en trouvait bien.

Le traitement doit être surtout énergique quand la rougeole est compliquée de croup. L'emploi des vomitifs *coup sur coup* est alors le seul moyen sur lequel on puisse compter.

Les lotions et les bains froids, pratiqués dans l'Inde, en Angleterre, en Écosse, seraient fatals, selon M. Daumerie, aux hommes de nos climats. Nous ne partageons pas entièrement l'opinion de M. Daumerie. Nous pensons que dans certaines circonstances le bain froid serait avantageux à Bruxelles comme à Londres.

Laënnec a remarqué que l'impression du froid n'est suivie de pneumonie que chez les personnes médiocrement échauffées, et que les individus exposés à une température très-élevée, comme les boulangers, n'en éprouvent aucune incommodité.

Cette remarque de Laënnec ne pourrait-elle pas servir de guide au praticien dans l'emploi du froid contre la rougeole.

Septième fait. — Une fille de deux ans, chez qui la pneumonie s'était déclarée le second jour de l'éruption, avait, dans la soirée du même jour, la peau excessivement sèche et brûlante; la langue était sèche aussi et fendillée, la soif inextinguible, etc.

Le bain froid me paraissait indiqué; mais n'osant point tenter un moyen si opposé aux préjugés vulgaires, je me bornai à faire recouvrir d'un cataplasme frais toute la partie antérieure du tronc, et je prescrivis l'eau froide en boissons et en lavements. Le lendemain la soif était calmée, la langue humectée, l'agitation diminuée. Des vésicatoires furent appliqués aux jambes; on revint graduellement aux boissons tièdes, etc., et la malade guérit.

L'aspect pâle, livide, pétéchial de l'éruption indique rarement l'usage des toniques. Le plus souvent, dans ces cas, la peau est d'une chaleur âcre, même chez les rachitiques; et les moyens exposés plus haut sont encore les plus efficaces. Nous ne nous arrêterons donc pas à discuter l'utilité du camphre et du quinquina. Nous ferons seulement remarquer qu'il est des médecins privilégiés qui trouvent les enfants assez dociles pour avaler la première drogue, qu'il prend fantaisie à l'expérimentateur de leur prescrire.

Huitième fait. — Cette forme de l'éruption s'est offerte trois fois à notre observation. Une fille de deux ans et demi, véritablement adynamique, fut ranimée par l'usage de l'hydromel vineux et les vésicatoires. Les deux autres malades avaient la peau chaude et sèche. L'une, âgée de quatre ans, tuberculeuse, ne voulut prendre aucun médicament, et succomba. La troisième fut traitée avec succès par les vomitifs et les synapismes.

La tendance métastatique de l'exanthème dépend d'une disposition vicieuse de l'économie. Le froid n'en est qu'un adjuvant. On réussit assez souvent à rappeler l'éruption par les sudorifiques. Le vomitif est encore le plus sûr moyen de prévenir les accidents consécutifs, toujours à craindre, quand l'exanthème a ce caractère ataxique.

Neuvième fait. — Chez un enfant de dix mois, l'éruption rentrée fut rappelée par l'emploi de l'*acétate d'ammoniaque*. La malade était dans un calme insidieux dans l'après-dîner du 31 octobre; aucun phénomène grave ne s'était révélé à l'exploration stéthoscopique : la nuit suivante elle mourut subitement.

Assez souvent, dans la période de desquamation, la suppression de la transpiration cutanée donne lieu à divers phénomènes

morbides que les purgatifs dissipent. Le calomel vanté par Hamilton et Muller est alors très-efficace. Le calomel se distingue des autres substances purgatives, par une influence plus marquée sur l'absorption.

Malgré les louables efforts de quelques médecins, la science ne possède pas de préservatif contre la rougeole.

—

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

Nous avons lu très-attentivement le mémoire que vous a adressé M. le docteur Jourdain. La considération par lui présentée et qui est relative à des individus que la rougeole a atteints plus d'une fois est conforme à l'opinion des auteurs qui ont écrit sur la matière et à la nôtre en particulier; mais nous regardons cette seconde attaque comme l'exception et non comme la règle. Vous devez vous ressouvenir que votre rapporteur s'efforçant (2), il y a près de deux années, de trouver la raison qui put expliquer pourquoi les maladies miasmatiques n'attaquaient souvent qu'une seule fois la même personne, paraissait pencher vers l'explication qui attribuait à la Providence ou cause première de toute création cette circonstance d'immunité qui tend à limiter la destruction des infortunés qui seraient forcés de séjourner dans des lieux infectés de miasmes léthifères. Cette explication qu'il vous donnait alors gratuitement et sans y ajouter une bien grande importance, attendu que toutes les explications en semblables matières sont et seront probablement encore bien longtemps resserrées dans le domaine des allégations purement hypothétiques; cette explication de votre rapporteur, disons-nous, n'est pas adoptée par notre auteur qui à cette occasion vous parle en ces termes : « La Pro-
» vidence de M. Daumerie nous paraît bien parcimonieuse; il ne lui
» en eût pas coûté davantage de nous mettre à l'abri d'une première
» attaque que d'une seconde. Et que penseront d'ailleurs de cette
» Providence, les malheureux qu'elle abandonne une deuxième fois à

(1) MM. Mouremans et Marinus *commissaires*, M. Daumerie, *rapporteur*.

(2) Voyez *Quelques considérations sur la rougeole* présentées dans la séance du 7 mai 1838, par A.-J. Daumerie, membre résidant de la Société des sicences médicales et naturelles de Bruxelles, année 1839.

» la furie du fléau? » Nous vous demandons, messieurs, si l'argument du collègue Jourdain est bien de nature à détruire entièrement l'hypothèse avancée par votre rapporteur. N'est-il pas évident quand nous jetons un coup d'œil sur notre merveilleuse et inimitable organisation humaine et sur les corps qui l'entourent, n'est-il pas évident, disons-nous, que l'homme généralement parlant est organisé et placé de manière à pouvoir vivre en santé dans certaines bornes que la nature a posées; mais que par contre elle a fixé certaines limites au delà desquelles l'état pathologique doit prédominer? choisissons un exemple pour faire mieux ressortir notre idée : La peau, les glandes rénales, la muqueuse trachéo-bronchique se suppléent mutuellement dans leurs fonctions; une transpiration supprimée sera remplacée chez un individu par une sécrétion plus copieuse d'urine ou une expectoration plus abondante de mucosités et rien de morbide ne surviendra; chez un autre, au contraire, il se manifestera une maladie grave et parfois mortelle. Cette loi de conservation d'un côté et de destruction de l'autre prouve, d'après nous, qu'il existe de part et d'autre des bornes respectives.

Il ne nous semble donc pas ridicule de croire, en se fondant sur ces considérations pleines de vérité, que la puissance régulatrice ait voulu préserver généralement l'homme contre certaines maladies quand déjà antérieurement il leur avait payé tribut. Est-il absurde de penser que cette puissance étonnante ait daigné s'occuper de la conservation de son ouvrage dans certaines circonstances voulues, lorsque nos connaissances anatomico-physiologiques nous montrent à la dernière évidence que les plus grands soins et la plus grande sagesse ont présidé à la formation de nos organes et à leur aptitude à exercer les fonctions qui leur ont été confiées?

L'auteur refuse, avec Piorry, d'attribuer aux qualités physiques et chimiques de l'air le développement de l'affection morbilleuse, « parce « que, dit-il, on l'a vu régner sur tous les terrains, par tous les vents, » lors des états électriques ou hygrométriques de l'air le plus dissem- » blables. On ne peut pas trouver non plus la cause de la rougeole » dans une modification chimique de l'air, parce qu'un tel état de » l'atmosphère produirait incontinent de bien plus graves affections » que cette maladie. »

Les raisons sur lesquelles M. le docteur Jourdain étaie son opinion ne nous paraissent pas très-péremptoires, messieurs, lorsque nous savons par expérience que la maladie dont il s'agit, se developpe presque toujours en janvier ou en février; et il nous semble, d'après cela, que la température de l'air n'est pas tout à fait étrangère à son apparition. Est-ce avec plus de fondement qu'il nous assure qu'un tel état de l'atmosphère produirait incontinent de bien plus graves affec-

tions que la rougeole? Pour être autorisé à tenir ce langage, il serait nécessaire, nous paraît-il, de pouvoir apprécier le *quantum* de nocuité de l'air ainsi modifié; or la chimie jusqu'à ce jour n'a pu saisir encore les principes délétères qui produisent les maladies miasmatiques; tout est donc hypothétique pour ce qui regarde l'apparition des maladies à propos des modifications de l'air.

L'opinion que l'auteur émet concernant l'absorption d'un principe miasmatique comme cause efficiente de la maladie compte parmi les médecins beaucoup de partisans; nous ne croyons cependant pas qu'elle doive être déclarée inattaquable. Votre rapporteur dirigé par un doute philosophique vous demandait (art. cité) ce que vous pensiez du sort de cet agent miasmatique lorsqu'il cessait ses ravages, quel aliment pouvait continuer à lui conserver son énergie. Notre confrère Jourdain, messieurs, croit pouvoir dénouer sur le champ le nœud gordien et il répond : « Il nous semble que la dissémination » des émanations putrides qui produisent les épidémies, les combi- » naisons nouvelles qui neutralisent leurs propriétés délétères, et » l'éventualité des circonstances qui déterminent les foyers d'infec- » tion, répondent à ces questions d'une manière satisfaisante.» C'est répondre, selon nous, à la question par la question; c'est tourner éternellement dans un cercle vicieux, parce que les bases sur lesquelles ces explications sont établies reposent toutes sur des hypothèses. Qui a montré à l'auteur cette dissémination de miasmes; qui lui a montré ces combinaisons nouvelles qui anéantissent leurs propriétés délétères? ce n'est, certes, pas la chimie qui a déclaré son incompétence ou plutôt son impuissance à éclaircir la question.

« La pneumonie, continue M. Jourdain, qui accompagne fréquem- » ment l'affection morbilleuse ne doit pas être regardée comme com- » plication, c'est un des éléments, une des expressions de la maladie. » Sur quarante malades la pneumonie fut reconnue dix-huit fois; elle » l'eût été davantage encore peut-être, dit-il, si la percussion et l'aus- » cultation étaient d'une application moins difficile dans la pratique » civile. » Il avance à cette occasion qu'on a trop exagéré l'importance de ces moyens d'investigation, et que le traitement est la meilleure méthode d'exploration dans les maladies aiguës surtout. Nous pensons nous, messieurs, que si des médecins ont attaché trop d'importance à l'auscultation et à la percussion, il n'en reste pas moins vrai qu'elles éclairent puissamment les praticiens dans le diagnostic des maladies de poitrine et qu'il serait imprudent de les négliger. Quant à la meilleure méthode d'exploration attribuée au traitement, nous disons que ce moyen d'arriver au diagnostic des maladies est fréquemment trompeur et qu'il entraîne bien souvent à sa suite les maux les plus grands; car, personne ne l'ignore, quelques maladies aiguës

marchent avec la plus grande rapidité; et en laissant échapper un temps précieux, *l'occasio prœceps* d'Hippocrate, on s'expose bien des fois à compromettre l'existence des malades, d'autant plus qu'un traitement à tâtons peut être de nature à aggraver le mal; nous ne pouvons donc admettre sans restriction cette méthode chanceuse d'exploration et nous pensons qu'on ne peut y recourir que dans les cas où le diagnostic obscur ou incertain ne peut s'établir à l'aide d'autres moyens. « Le tartre stibié, ajoute le docteur Jourdain, est la » pierre de touche des maladies de poitrine, qui sont toujours des lé- » sions organiques quand elles ne cèdent pas à ce médicament conve- » nablement administré. » L'auteur de ce mémoire, déterminé champion du système anti-Broussaissien nous paraît trop confiant dans les vertus héroïques de son tartre stibié; et bien que cet agent soit très-puissant dans des cas de pneumonies, personne n'a jamais eu la prétention de soutenir qu'il dût la guérir toujours, quand elle n'est point encore parvenue à un état de lésion organique. Nous reviendrons plus loin sur cet objet. L'apparition du croup dans la rougeole, qui a été observé par le docteur Jourdain avant et après l'éruption morbilleuse est, d'après lui, une véritable complication; car cette maladie, dit-il, dépend d'une cause spéciale, évidemment distincte de celle qui produit la rougeole. Il n'est point établi évidemment pour nous, messieurs, que le croup reconnaisse ici une autre cause que celle de la rougeole; et nous croyons possible que l'affection de la muqueuse trachéo-bronchique, qui accompagne presque toujours l'affection morbilleuse, revête la forme effrayante du croup, à l'aide d'une disposition toute spéciale de la constitution des individus à la sécrétion et formation de fausses membranes et sans le concours d'une cause spéciale évidemment distincte de celle de la rougeole.

Chez un petit garçon de deux ans, dont l'observation est rapportée, l'affection croupale céda aux vésicatoires et aux frictions mercurielles, et fut suivie immédiatement de l'éruption; une pneumonie intense se déclara le second jour et le malade succomba.

Vous le voyez, M. Jourdain persiste dans son opposition constante aux émissions sanguines; il est peu de praticiens cependant qui n'aient recours à ce moyen dans le traitement du croup; lui seul ou presque seul le regrette opiniâtrement. Est-ce aux vésicatoires ou aux frictions mercurielles, ou aux deux moyens réunis qu'il faut attribuer la cessation du croup? Les vésicatoires auraient dû agir comme dérivatifs en déplaçant l'irritation; mais l'excitation qui donne lieu à l'affection croupale peut-elle être révulsée, sans avoir été atténuée préalablement par les débilitants directs? Nous avons peine à le croire. Les frictions mercurielles auraient pu agir d'une autre manière, nous voulons dire diminuer la matière plastique du sang au profit de sa partie séreuse,

et détruire ainsi la disposition aux sécrétions membrano-croupales. Nous ne pouvons expliquer ici pourquoi M. Jourdain a négligé le vomitif son remède favori.

D'accord avec la pluralité des médecins, l'auteur avance que l'éruption morbilleuse résulte d'un effort dépurateur, et que la plupart des phlegmasies viscérales qui se développent dans la rougeole dépendent de ce même principe dont la nature s'efforce de se débarrasser par l'émonctoire cutané et que la principale indication thérapeutique est de : favoriser l'élimination morbifique. C'est à ce sujet qu'il jette la pierre au célèbre Broussais, qui prétendait à tort, selon lui, que dans les maladies exanthématiques l'indication fut de combattre les phlegmasies concomitantes. Il assaisonne sa critique d'une plaisanterie qui, à notre avis, manque de finesse et surtout de convenance, par la raison qu'elle s'adresse à un système respectable, qui s'honore, à juste titre, d'avoir pour auteur l'un des plus grands génies que la France ait produits. Après avoir parlé de la réserve que conseille votre rapporteur (1) relativement aux saignées dans la rougeole, et avoir cité l'opinion de Cazenave et Schedel qui regardent la saignée comme une médication exceptionnelle dans cette même maladie, le docteur Jourdain avance sans le moindre doute que les émissions sanguines sont absolument contr'indiquées, et par la nature de la maladie, et par l'âge des malades. Votre rapporteur, messieurs, vous a énuméré dans les réflexions qu'il vous a soumises dans le temps, les circonstances où il croyait convenable de recourir aux saignées. Cette opinion conforme à celle des P. Franck, des Cullen, etc., n'est pas celle de l'auteur de l'observation, qui, nous le confessons, trouve des partisans parmi les médecins, et qui s'appuie sur ce vieux préjugé populaire : *Que la saignée est mortelle dans les fièvres rouges* (exanthématiques). Ce préjugé dont l'origine se perd dans la nuit des temps, et qui est parvenu jusqu'à nous, propagé par les commères surtout et les pseudo-médecins, a été assez puissant quelquefois pour influencer nos décisions thérapeutiques; et quand l'imminence du danger et le cri de nos consciences nous forçaient de le mépriser, nous avons toujours eu la plus grande peine à le vaincre et chez les malades et chez les assistants. Serait-ce bien le cas d'appliquer ici le fameux *vox populi, vox Dei?* Ne sommes nous pas autorisés à croire, jusqu'à un certain point, que cette vieille idée contre les déplétions sanguines dans le traitement de la rougeole a quelque fondement, et qu'elles doivent à leur nocuité dans certains cas cette réprobation générale? Mais nous pensons qu'on a confondu l'abus avec l'usage, l'inconvenance avec l'opportunité, et qu'il n'est pas logique de condamner entièrement un

(1) Art. cité.

remède, parce qu'il a pu être nuisible quelquefois. Le fameux antimoine que les cris du peuple et les arrêts du parlement n'ont pu rayer de la matière médicale n'a pas toujours été nuisible. Il est même regardé encore aujourd'hui par les flambeaux de la médecine italienne, comme un médicament des plus héroïquement curatifs que nous ayons le bonheur de posséder. Terminons enfin cette digression, et voyons si les évacuations sanguines ne peuvent jamais être applicables au traitement de la rougeole, en regardant même cette maladie comme un effort dépurateur de la nature. Envisageons l'affection sous un point de vue général pendant les prodromes, l'éruption et après cette dernière : Un miasme supposé, mais inconnu, est introduit dans le torrent de la circulation; il ne tarde point à modifier morbidement la composition du sang, ou bien sans se combiner avec les parties constituantes de ce fluide, il circule de toute pièce avec lui et va porter le trouble et le désordre dans toute l'économie. Que s'ensuit-il? Les organes s'insurgent contre un principe qui les stimule anormalement; les forces vitales, médicatrices ou conservatrices, comme on voudra les appeler, sont mises en demeure de développer toute leur énergie; les battements du cœur redoublent de force et de fréquence; le malade respire et plus fort et plus vite; la peau devient brûlante; l'action péristaltique du tube gastro-intestinal s'accroît et donne lieu à des vomissements et à des selles, etc. Il se fait, en un mot, dans toute l'économie du malade une véritable révolution intestine dirigée contre un ennemi qu'il faut nécessairement expulser, ou sous les coups duquel il faut succomber. Le fluide sanguin est poussé avec plus de rapidité dans toutes les ramifications de son système, afin de procurer aux organes éliminateurs l'occasion d'amener au dehors la matière intoxicante.

Dans la maladie qui nous occupe, c'est ordinairement la peau qui se charge de ce travail. Quand des efforts dépurateurs, réguliers et en même temps modérés tendent à amener une solution heureuse de la maladie, nous pensons alors que les émissions sanguines peuvent devenir nuisibles en déprimant une réaction salutaire et indispensable. Mais supposons une réaction sanguine exubérante et menaçant à ce titre de congestionner pathologiquement les principaux foyers de la vie, au point d'anéantir leurs fonctions, n'y aura-t-il pas urgence alors de tempérer le mouvement excessif de la circulation par les antiphlogistiques, à la tête desquels la saignée tient incontestablement la première place? La conduite du praticien est calquée dans cette circonstance sur celle de la nature qui met fin fréquemment à ces désordres par l'épistaxis ou d'autres évacuations spoliatives analogues. Après avoir indiqué la nécessité des spoliations sanguines dans le cas dont nous venons de vous entretenir, nous ajouterons qu'il est encore in-

dispensable d'en faire usage dans certains cas de pneumonie qui accompagne souvent la rougeole, pourvu que la constitution du malade le permette. Que cette phlegmasie soit ici dépendante ou non, comme l'exanthème, de ce même principe dont la nature s'efforce de se débarrasser, elle ne doit jamais nous contraindre à laisser de sang froid désorganiser un viscère essentiel à la vie, parce qu'il aurait été choisi pour champ clos où la force dite médicatrice et la matière intoxicante doivent se livrer un combat à mort. Et dans tous les cas, messieurs, mourir de la saignée ou d'une vaste suppuration pulmonaire, c'est bien le même résulat final pour le malade et pour la société. Mais tel n'est point l'effet ordinaire des pertes artificielles de sang dans le traitement de la rougeole; loin d'empêcher cette affection d'arriver à une bonne éruption éliminatoire, elles la favorisent au contraire en atténuant le raptus et la concentration des forces vitales dans un organe important et en favorisant leur répartition vers le tissu cutané; c'est d'ailleurs ce que l'expérience a démontré à nos prédécesseurs ainsi qu'à nous-mêmes.

Nous pensons donc que M. Jourdain a émis une proposition téméraire et même erronée quand il avance d'une manière générale et sans exception aucune que les émissions sanguines sont absolument contr'indiquées par la nature de la maladie.

« *Dans bien des cas,* dit l'auteur, trompé par l'expérience bénigne » d'une rougeole commençante, nous avons eu à nous repentir d'être » resté dans l'inaction; jamais d'avoir prescrit le vomitif. » Il appuie son opinion sur celle de Cazenave, Schedel, L. Petit et Buchan qui est favorable à ce moyen dans certaines circonstances. « Il faut surtout » insister sur ce moyen, continue-t-il, quand la fièvre qui précède » l'éruption est forte ou dépasse le terme ordinaire... C'est à l'emploi » simultané des vomitifs et des vésicatoires qu'il faut encore recourir, » lorsqu'il existe, avant l'apparition de l'exanthème des signes de » pneumonie ou d'encéphalite. » Notre opinion sur l'usage des vésicatoires est ici la même que celle que nous avons exprimée en parlant du croup. Quant au vomitif, est-il bien nécessaire quand il n'est pas impérieusement réclamé par l'engouement muqueux des bronches? ne peut-il pas nuire, au contraire, quand il y a turgescence et afflux intense vers l'encéphale, congestion pulmonaire et gêne considérable de la respiration. Mais, nous dira peut-être le docteur Jourdain, il est utile parce qu'il tend à évacuer la matière miasmatique par sa propriété simultanément vomitive et diaphorétique. Ce reflux du miasme impondérable vers l'estomac pour être évacué par la médication vomitive nous semble bien problématique, et quant au but sudorifique nous pouvons l'atteindre par des moyens moins violents. De la manière dont il est parlé des vomitifs dans ce mémoire, il paraîtrait que

leurs propriétés vomitives et sudorifiques seules ont été prises en considération, à l'exclusion de leurs vertus contro-stimulantes; cependant, messieurs, vos commissaires convaincus de leur utilité incontestable et attestée par une foule d'autorités très-recommandables n'auraient point eu peine à croire à leur action antiphlogistique dans la rougeole compliquée de pneumonie; mais notre confrère ne les envisage pas sous ce dernier rapport et ne nous les présente que comme des moyens fondés sur une pratique empirique et routinière.

L'utilité du bain froid et du froid en général est reconnue par l'auteur dans certains cas de rougeole. Votre rapporteur (art. cité) vous a fait connaître son opinion à leur égard et il pense encore aujourd'hui qu'il est difficile de concevoir leur avantage dans une phlegmasie éliminatoire de la peau.

L'aspect pâle, livide et pétéchial de l'éruption indique rarement l'usage des toniques, dit M. Jourdain; son cheval de bataille est toujours le vomitif qu'il recommande également comme propre à prévenir les accidents consécutifs toujours à craindre, dit-il, quand l'exanthème a disparu.

Le docteur Jourdain termine son mémoire en disant que dans la période de desquamation, la suppression de la transpiration cutanée peut donner lieu à divers phénomènes morbides que les purgatifs dissipent. Le calomel vanté par Hamilton et Muller est alors très-efficace. Nous pensons qu'il aurait pu également mentionner à cette occasion les diurétiques et les sudorifiques. Il ne reconnaît aucun préservatif contre la rougeole.

En finissant nous éprouvons le besoin, messieurs, de réclamer, en notre qualité de rapporteur, votre indulgence pour le cas où vous trouveriez que notre travail serait empreint d'une nuance de critique trop prononcée. Nous fondons notre réclamation sur le thème que nous avons adopté: la vérité au-dessus des personnes. Veuillez vous convaincre, d'ailleurs, que rien ne nous autorise à nous montrer peu bienveillant envers M. le docteur Jourdain; loin de là, la manière flatteuse dont il a parlé de nous, le zèle que nous lui connaissons à faire progresser la science, l'intérêt de l'ouvrage dont nous venons de vous présenter l'analyse raisonnée nous inspirent des sentiments de bienveillance et de gratitude sincères. Mais ce que nous n'avons pas voulu, c'est que des allégations bien douteuses encore vinssent prendre place définitivement dans le domaine des sciences médicales, et surtout que la réaction antiphysiologique qui se montre forte et menaçante nous refoulât brusquement hors des voies de la vérité. Permettez-nous de vous citer à cette occasion ces paroles mémorables de Double (1) : « L'esprit hu-

(1) Rapport sur un ouvrage manuscrit ayant pour titre : *Des maladies de*

» main est ainsi fait; il n'évite un défaut que par l'excès contraire.
» Luther l'a dit avec toute la fougue de son génie, après l'avoir prouvé
» peut-être par les écarts de son caractère : *L'esprit humain est comme*
» *un homme ivre à cheval, quand on le relève d'un côté, il re-*
» *tombe de l'autre.* » Et plus loin : « Le doute est l'école de la vé-
» rité; voilà pourquoi il est si utile dans les sciences. »

Nous concluons à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur pour ses communications pleines d'intérêt, que son travail, vu son importance, soit inséré dans nos Annales et que le titre de membre correspondant lui soit accordé.

MÉMOIRE

SUR

LA PELVIMÉTRIE

ET

SUR UN NOUVEAU MODE DE MENSURATION PELVIENNE;

Par M. le Dr VANHUEVEL,
Professeur à l'Université de Bruxelles.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La pelvimétrie, si utile en accouchement quand il s'agit de femmes contrefaites, serait pour la pratique de la plus haute importance, si, à l'aide de ses indications, l'on parvenait à des résultats d'une exactitude mathématique. En effet, dans toutes les circonstances où il est nécessaire de connaître avec précision la capacité du bassin, l'accoucheur, faute de moyens

la France dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique de la France, par le docteur Fuster.

(*Gazette médicale*, octobre 1839.)

rigoureux, en est encore réduit à une estimation approximative de cette cavité; et cependant c'est d'après des données aussi peu certaines qu'il exécute, sur la mère et sur l'enfant, des opérations graves, indiquées en théorie comme si l'appréciation pelvienne avait toujours été d'une exécution simple et facile. Frappé de la lacune qui existe sous ce rapport dans l'art obstétrical, j'ai essayé de la combler en imaginant un mensurateur plus exact et d'une application moins restreinte que ceux dont on s'est servi jusqu'à présent; car les vices du bassin, dépendant de son étroitesse générale, du rachitisme, de l'ostéomalaxie, de l'ankylose ou de la présence de tumeurs osseuses, fibreuses et autres, peuvent siéger sur tous les points de sa circonférence intérieure, sans être limités au diamètre sacro-pubien, ainsi que l'emploi trop circonscrit de ces instruments pourrait le faire supposer. De là, le besoin d'un pelvimètre qui constate indistinctement toutes les dimensions de ce canal, problème dont la solution *indispensable* est restée incomplète jusqu'à ce jour. En cherchant à y parvenir, j'ai tâché d'éviter, autant que possible, les causes *d'inapplicabilité* ou d'erreur qui rendent impropres les autres procédés, dont je vais d'abord énumérer les plus connus dans la science, pour en faire ressortir les principaux défauts.

CLASSIFICATION DES PELVIMÈTRES.

Les pelvimètres s'emploient à l'extérieur et à l'intérieur du bassin. Dans la première catégorie on place le compas d'épaisseur de Baudelocque, ceux de Kluge et de Davis qui n'en sont que des modifications, le mécomètre de Chaussier et l'instrument de Mme Boivin, sans la courte branche; dans la seconde sont compris le doigt explorateur, la méthode de Barovero, les pelvimètres de Stark, de Kurzwich, de Koeppe, d'Asdrubali, de Stein aîné, d'Aitken, de Creve, de Simeon, de Coutouly, de Ritgen, de Stein le jeune, d'Osiander, de Jumelin, l'intro-pelvimètre de Mme Boivin, etc. (1).

(1) En citant ces différents auteurs, je n'ai pas suivi d'ordre chronologique d'après l'époque de leur invention, n'ayant voulu que rapprocher les instruments qui ont entr'eux le plus d'analogie d'application.

MODE D'APPLICATION DES PELVIMÈTRES EXTERNES.

Tous ceux de la première série s'appliquent par une extrémité sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et par l'autre extrémité sur la face antérieure du pubis. Déduisant de la quantité trois pouces pour la saillie du sacrum et l'épaisseur de la symphyse, le reste doit exprimer l'étendue antéro-postérieure du détroit abdominal.

Pour que cette conséquence fut toujours juste, il faudrait en premier lieu être assuré de placer constamment le bouton du compas sur un point fixe de la paroi postérieure du bassin; mais quand la crête sacrée est très-saillante vers le haut, il est bien difficile, impossible même, chez les sujets chargés de graisse peu dépressible, d'en distinguer le tubercule vertébral. Il faudrait en outre que le rachitisme n'altérât jamais le volume ni la forme des os pelviens; qu'il ne s'y développât ni exostoses ni tumeurs quelconques, lesquelles, en diminuant les dimensions internes, ne changent rien au contour extérieur; enfin, que les parties molles ne présentassent aucune variation d'épaisseur ni de consistance: or l'observation démontrant le contraire, nous pouvons en conclure que la mensuration externe n'est pas assez exacte pour donner une idée précise de la capacité du bassin; qu'elle est par conséquent insuffisante, quoique, dans certains cas, elle soit la seule applicable. C'est pourquoi les praticiens, malgré son imperfection, continueront à y avoir recours, lorsque celle à l'intérieur ne pourra être employée (1).

PELVIMÈTRES INTERNES OU INTRO-PELVIMÈTRES. DOIGT EXPLORATEUR.

Puisque cette méthode d'appréciation est si peu satisfaisante, on a cherché à mesurer directement la cavité pelvienne elle-même : de là, les intro-pelvimètres. Le plus simple et le plus gé-

(1) On doit excepter de cette réprobation l'application extérieure d'un compas sur la pointe du coccyx et le bord inférieur du pubis, ou sur le côté interne de l'une et de l'autre tubérosité sciatique, qui donne très-exactement l'étendue antéro-postérieure ou transversale du détroit inférieur.

néralement usité, le doigt explorateur, est à cette fin porté en ligne droite dans le conduit utéro-vulvaire, le sommet sur le promontoire, le bord radial contre le cintre de l'arcade pubienne. On marque avec l'ongle de l'autre index le point de contact extérieur; puis au moyen du compas et d'un pied de roi, on juge de la longueur trouvée, dont il faut défalquer 8 à 9 lignes, pour l'épaisseur de la symphyse et l'obliquité de la direction.

Ce procédé, tout avantageux qu'il paraisse, est d'abord inexact, parce que la ligne parcourue (du ligament sous-pubien à la saillie sacro-vertébrale) ne présente pas chez toutes les femmes la même inclinaison. En effet, la base du sacrum peut s'abaisser ou s'élever par excès ou par défaut de courbure du corps de l'os, le mont de Vénus remonter avec les branches horizontales du pubis, la surface osseuse de cette symphyse différer de hauteur et d'épaisseur, son bord inférieur se trouver dans un plan fort variable par rapport au supérieur, etc. Cependant la déduction à faire reste la même : d'où erreurs de calcul, comme on peut le voir par le tableau ci-joint.

En comparant un bassin bien fait avec d'autres affectés de vices différents, j'ai trouvé le pubis, sur le premier, de 34° au-dessous de la ligne horizontale tirée au niveau du promontoire, de 0° dans le second, et, sur un troisième, il s'élevait de 5° au-dessus de cette droite. La hauteur de la symphyse a varié entre 22 et 14 lignes, l'épaisseur de 7 lignes à 5 1/2, bien que les bassins fussent à l'état sec. Ensuite j'ai pris sur tous, avec le pied français, l'étendue comprise entre le bord inférieur du pubis et l'angle prévertébral, en déduisant uniformément 9 lignes à chacun; enfin, avec le compas, celle du diamètre sacro-pubien lui-même; ce qui m'a donné :

	p. lig. lig. p. lig.		p. lig.		
1°	5+3 – 9=4+6;	et directem.	4+5,	différ.	1 lig.
2°	3+9—9=3+0;	«	3+2,	«	2 «
3°	3+4—9=2+7;	«	2+4,	«	3 «
4°	4+6—9=3+9;	«	3+1,	«	8 «
5°	4+7—9=3+10;	«	4 ou 2 p. 7 lig.	«	2 lig. ou 1 p. 3 lig.
6°	3+3—9=2+6;	«	3 ou 1 p. 10 lig.	«	6 ou 8 lig. en + ou en — (1).

(1) Je crois utile de faire observer, relativement aux trois derniers bassins les particularités suivantes : sur le n° 4, le promontoire est enfoncé dans l'ex-

Des résultats aussi contraires à la réalité prouvent, mieux que tous les raisonnements du monde, combien pareil moyen est capable d'induire en erreur. Et s'il en est ainsi sur des bassins préparés où l'œil peut suivre la mesure, que sera-ce donc sur la femme vivante, où la sensibilité des parties molles qui masquent les objets internes, et d'un autre côté les irrégularités d'une mensuration moins précise que celle faite avec le pied gradué sur le squelette, viendront augmenter les difficultés et ajouter encore à l'incertitude d'un procédé déjà si peu certain par lui-même? Ainsi donc, malgré sa réputation de *pelvimètre par excellence*, le doigt laisse beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude; il est en outre inapplicable quand la tête ou les fesses de l'enfant font saillie au-dessous de la base sacrée, et uniquement propre à l'estimation d'un seul diamètre, l'antéro-postérieur.

MÉTHODE DE BAROVERO.

On a voulu, à la vérité, juger de toutes les dimensions pelviennes, en introduisant à la fois dans le vagin l'index et le médius d'une main, qu'on écarte l'un de l'autre jusqu'au contact des points opposés, et que l'on maintient éloignés en interposant entre leurs racines un ou deux doigts de l'autre main, ou bien un corps étranger quelconque, un bâtonnet par exemple, comme le proposait Barovero. Mais indépendamment de l'obstacle à pénétrer profondément de cette manière dans les organes génitaux d'une primipare, on rencontre encore la résistance des parois vaginales qui ne se laissent pas assez élargir, avant que les progrès du travail n'en aient relâché le tissu. On

cavation au-dessous du niveau du pubis ; mais il est débordé par les deux dernières vertèbres lombaires qui font une proéminence considérable en avant, d'où l'on doit conséquemment faire partir le diamètre antéro-postérieur, puisque c'est le point le plus saillant. Sur les nos 5 et 6, la paroi cotyloïdienne droite s'avance seule vers le sacrum, de sorte que la branche horizontale est placée presque à angle droit derrière le corps du pubis Le diamètre antéro-postérieur n'a donc réellement que 2 pouces 7 lignes dans le premier et 1 pouce 10 lignes dans le second, en mesurant jusqu'au rétrécissement indiqué; ou bien il est de 4 et de 3 pouces, quand on le prolonge jusque derrière la symphyse ; ce qui de toute manière met ce mode d'appréciation en défaut.

comprend en outre l'impossibilité de retirer, dans une position invariable, les doigts écartés à l'intérieur, leur distance devant nécessairement se modifier par leur sortie à travers la vulve.

PELVIMÈTRE DE STARK.

Stark a imaginé de se servir d'une rondelle en liége ou en ivoire, percée de deux trous pour le passage d'un cordon qui forme une anse, dans laquelle s'engagent le pouce et l'index d'une main, tandis que les bouts libres en sont tendus par l'autre. Les doigts, ainsi coiffés et portés dans les parties sexuelles aussi haut que possible, appliquent en s'écartant l'anse contre le promontoire et la rondelle derrière le pubis, dont l'éloignement est estimé, après l'extraction de l'appareil, par la situation du disque sur le cordon. Les autres diamètres s'obtiendraient de même, pourvu que l'on variât la direction des doigts.

Quelque simple qu'il soit, ce moyen ne serait exécutable qu'en enfonçant pour ainsi dire toute la main dans l'ouverture vulvaire; introduction impossible sans exercer plus ou moins de violence, et toujours inutile quand le vagin n'a point été préparé à une dilatation graduelle, ou quand une partie du fœtus est descendue au-dessous de la ligne sacro-pubienne. D'ailleurs, en retirant le petit instrument, sommes-nous sûrs que la rondelle n'aura pas glissé ni changé de place sur le cordon?

PELVIMÈTRE DE KURZWICH.

Kurzwich a modifié le pelvimètre de Stark, sans en corriger aucun défaut. Les changements qu'il y a faits consistent en un anneau passé dans l'anse, pour l'index, et, pour le pouce, en un *dé*, surmonté d'un œillet qui en reçoit les deux bouts.

PELVIMÈTRE DE KOEPPE.

La main armée de Koeppe ne diffère pas du précédent, quant à l'application et aux résultats pratiques : par conséquent on peut lui faire les mêmes objections. C'est un bracelet en cuir qu'on fixe sur l'avant-bras et auquel est attachée une échelle

graduée avec curseur mobile ; celui-ci est mû par un fil traversant deux anneaux pour l'index et pour le pouce qui, en s'éloignant l'un de l'autre, attirent le curseur et déterminent sur l'échelle leur degré d'écartement.

PELVIMÈTRES D'ASDRUBALI, DE STEIN AINÉ ET D'AITKEN.

Asdrubali, voulant obvier au défaut de longueur de l'index, lorsqu'on s'en sert isolément comme mensurateur, a proposé de le remplacer par un doigtier, espèce de cône prolongé en arrière pour les divisions du pied ; de leur côté, Stein aîné et Aitken ont cherché à le faire par une tige ou sonde graduée avec ou sans indicateur mobile. Ces instruments sont placés sur l'angle du sacrum et relevés contre l'arcade pubienne; mais ils présentent tous les autres inconvénients que nous avons signalés à l'occasion du doigt qui conserve sur eux l'avantage du tact ou du toucher.

PELVIMÈTRE DE CREVE.

Celui de Creve est une tige au sommet de laquelle est fixé un cordon qui se tend sous le pubis, quand elle est appliquée sur le promontoire. Aux défauts déjà cités il, joint celui de la déviation du fil, lorsque le col de la matrice ou quelque partie du fœtus descend plus bas que cette éminence.

PELVIMÈTRE DE SIMEON.

Le pelvimètre de Simeon est formé d'un tube recourbé à son extrémité interne à peu près comme une sonde de femme. Sur sa face supérieure est pratiquée une rainure pour le passage d'un curseur, auquel est attaché un fil qui se lie de l'autre côté à un anneau libre, après avoir traversé le sommet de cette extrémité. On place celle-ci dans le vagin derrière la symphyse pubienne; l'index, passé dans l'anneau, le pousse vers la base du sacrum, dont l'éloignement est indiqué par la marche du curseur sur la tige.

Pour employer ce pelvimètre, il faudrait que les parois vagi-

nales se laissassent en tout temps distendre sans résistance, que ni le col de la matrice, ni quelque partie du fœtus ne fît dévier le fil de la ligne droite qu'il doit parcourir d'avant en arrière : ce qui est de toute impossibilité. On pourrait ajouter que lorsque les branches du pubis sont très-rapprochées, ou que l'index de l'accoucheur est trop court pour atteindre la saillie sacro-vertébrale, ce moyen devient inapplicable; mais il en serait de même de tous les intro-pelvimètres qui, n'étant pas guidés par un ou deux doigts jusque sur le point de leur application, ne peuvent jamais avoir de précision ni de certitude.

PELVIMÈTRE DE COUTOULY.

Coutouly est l'auteur d'un pelvimètre composé de deux branches droites, glissant l'une dans l'autre à peu près comme la mesure des cordonniers. L'inférieure est creuse, la supérieure pleine et numérotée. Elles portent chacune à leur extrémité interne une équerre en bec de canne, et à l'externe un crochet pour maintenir et faire mouvoir l'instrument. Introduit, étant fermé, dans le canal utéro-vulvaire, il s'applique par l'équerre postérieure contre le promontoire, tandis qu'on attire l'antérieure vers le pubis, en ayant soin de relever le corps des deux tiges sous l'arcade; les numéros mis à découvert indiquent l'écartement des équerres.

Outre les difficultés de l'introduction, on reproche à ce mensurateur de ne pouvoir se porter en avant, quand une partie du fœtus se trouve plus bas que l'éminence sacrée, de ne point avoir d'appui assuré sur cette saillie osseuse et de rencontrer de l'obstacle à son développement dans l'inextensibilité du vagin avant le travail de l'accouchement.

PELVIMÈTRE DE RITGEN.

Celui de Ritgen n'est formé que d'une branche avec plaque mobile à son sommet pour être placé sur l'angle vertébral, et d'un bras recourbé qui glisse le long de la première jusque contre la face cutanée du pubis. On déduit de la quantité six lignes pour l'épaisseur de la paroi antérieure du bassin; mais le tissu

cellulaire du mont de Vénus peut varier de volume et de consistance, la symphyse de grosseur et de forme; une tumeur, un angle, produit par la courbure de la branche horizontale, se développer derrière le corps des os pubiens, sans occasionner de changement à l'extérieur, ou enfin le sommet de l'instrument rester éloigné de la base du sacrum, quand quelque partie du fœtus est descendue au-dessous du détroit supérieur.

PELVIMÈTRE DE STEIN, LE JEUNE.

Stein le jeune, corrigeant le grand pelvimètre de Stein aîné, en fit une espèce de pince à anneaux, dont les branches inégales et concaves par devant, sont recourbées en sens contraire à leur extrémité vaginale, et munies à l'autre extrémité d'une lame graduée, pour marquer le degré d'ouverture des deux sommets. L'une des branches s'applique sur la proéminence sacrée, l'autre derrière le pubis, ou bien dans la direction d'un diamètre diagonal.

Cet instrument, mieux approprié aux formes du bassin et du fœtus que celui de Coutouly, n'en conserve pas moins la plupart des défauts : tels que la facilité avec laquelle il abandonne la convexité sacro-vertébrale, la difficulté de passer derrière la tête de l'enfant quand elle est engagée, les douleurs vives qu'il occasionne en tiraillant le vagin en sens opposé; inconvénients qui le rendent, comme ce dernier, inapplicable dans la majorité des circonstances.

LE GRAND PELVIMÈTRE D'AITKEN, D'OSIANDER, DE JUMELIN.

Nous ferons les mêmes observations au grand pelvimètre d'Aitken, sorte de pince à branches droites; à celui d'Osiander, espèce de compas à jambes recourbées en dehors; et à celui de Jumelin, composé de trois tiges, qui, se développant tous à l'intérieur du vagin, offrent les mêmes vices que le précédent.

INTRO-PELVIMÈTRE DE Mme BOIVIN.

L'intro-pelvimètre de Mme Boivin est formé de deux branches, l'une très-longue, courbée à son extrémité interne et numérotée,

l'autre courte, inclinée en sens contraire, présentant une entaille dans son épaisseur pour recevoir la première. La longue branche se place dans le rectum sur le promontoire, la courte dans le vagin derrière le pubis; leur réunion au devant de l'anus est affermie par une vis qui les serre l'une contre l'autre; les divisions de la branche rectale indiquent la distance des deux sommets.

Ce mécomètre, analogue à celui de Chaussier, présente un avantage sur les instruments de Stein le jeune et de Coutouly, c'est qu'en passant derrière le vagin, il n'en fixe pas la paroi postérieure contre le sacrum, pendant qu'il entraîne l'antérieure vers le pubis. Il peut en outre s'employer non-seulement chez la femme en travail, mais encore à toute époque de la grossesse et même dans l'état de vacuité de la matrice.

Mme Boivin est donc la première à qui nous devons l'idée d'avoir évité le principal obstacle à la mensuration interne du bassin, je veux dire les tiraillements douloureux du vagin, causés par l'introduction simultanée et le développement opposé de deux doigts ou tiges métalliques dans l'intérieur de ce canal. Il est à regretter que son intro-pelvimètre, si simple et construit d'après ce principe pratique, ne soit pas à l'abri de reproches; car on peut lui objecter :

1° Que le sommet de la branche rectale, trouvant un appui peu solide sur la rotondité du promontoire, glissera avec facilité à droite ou à gauche de cette saillie, pendant l'application de la branche vaginale, lorsque l'utérus ne remplit pas entièrement le vide du bassin;

2° Que rien ne s'oppose à ce que ce sommet, porté sans guide dans la cavité pelvienne, ne s'élève de beaucoup au-dessus de la base du sacrum et ne dépasse les limites du diamètre sacro-pubien;

3° Que la branche rectale, placée dans le bassin suivant une direction oblique à celle de ce dernier diamètre, fait marcher le sommet de la branche vaginale, qui glisse le long de sa surface, non pas parallèlement, mais aussi obliquement à la ligne sacro-pubienne, dont il s'écarte d'autant plus que le pubis est plus

éloigné du promontoire; *voyez planche* 1, *fig.* 2 *et son explication.*

4° Que le sommet de la vaginale, n'atteignant pas le bord supérieur du pubis, entrera dans des plans de plus en plus reculés du sacrum au fur et à mesure qu'il descendra au-dessous de ce bord, parce que la symphyse, ordinairement inclinée de haut en bas et de dedans en dehors sur le diamètre antéro-postérieur, forme un angle plus ou moins considérable avec la perpendiculaire abaissée de l'extrémité antérieure de cette ligne; *voyez comme dessus.*

5° Qu'enfin, inapplicable en cas de compression, de rétrécissement et de déviation du rectum à la suite d'une maladie quelconque, cet instrument ne peut jamais servir qu'à l'appréciation de l'étendue sacro-pubienne, attendu que la forme de la branche vaginale n'est pas assez appropriée à la configuration des parois cotyloïdiennes pour mesurer les diamètres diagonaux.

De tout ce qui précède nous pouvons donc conclure qu'il n'existe pas, dans la science, de pelvimètre exact ni suffisant, pour constater les principales dimensions du bassin.

Voici un fait, encore récent, qui vient à l'appui de cette assertion :

Valentine D...., âgée de 35 ans, primipare, petite de stature sans être contrefaite, se présenta à la Maternité de Bruxelles dans le courant du mois d'avril dernier. Le toucher nous ayant fait rencontrer la base du sacrum, nous voulûmes constater par la pelvimétrie l'espace compris entre cet os et le pubis. L'application du compas d'épaisseur de Baudelocque, celle du doigt explorateur, du pelvimètre de Coutouly et de l'intro-pelvimètre de Mme Boivin, ne nous donna point des résultats uniformes ni assez péremptoires pour justifier la provocation de l'accouchement prématuré; en conséquence, Valentine fut renvoyée de l'établissement jusqu'au terme de sa grossesse. Rentrée vers la fin de juin, elle accoucha le premier juillet suivant. La poche des eaux en se rompant fit reconnaître la figure du fœtus, le menton dirigé vers la cavité cotyloïde gauche, le front vers la symphyse sacro-iliaque droite. Prévenu trop tard pour corriger la position, j'abandonnai l'accouchement aux ressources

de la nature, convaincu par maint exemple que ces sortes de présentations se terminent également bien, pourvu que le menton de l'enfant réponde à un point quelconque de la demi-circonférence antérieure du bassin. Cependant après 18 heures d'un travail infructueux, la femme étant épuisée, j'appliquai le forceps sur la face, déjà fortement engagée, selon le diamètre mento-occipital. Je dûs exercer des tractions énergiques et même me faire assister par un aide, pour vaincre la résistance du cercle pelvien. Finalement, je parvins à amener un enfant de volume plus qu'ordinaire, qui vécut pendant quelques heures. L'état de la mère, après la délivrance, ne présenta d'abord rien de particulier qu'une grande prostration des forces; mais le troisième jour, une métrite par contusion se déclara et fit succomber cette malheureuse le sixième de ses couches.

Avant de faire l'ouverture du cadavre, 24 heures après la mort, je mesurai de nouveau le bassin par les moyens précédemment indiqués, qui me donnèrent :

	Pouces lignes.
le compas d'épaisseur de Baudelocque. . . .	6 + 3,
le doigt explorateur.	4 + 1,
l'intro-pelvimètre de Mme Boivin.	3 + 2,
le pelvimètre de Coutouly.	2 + 9,

Faisant à chaque procédé les déductions convenables, nous aurons par celui

		Pouces lignes.
de Baudelocque . .	6 + 3 — 3 pouces	= 3 + 3
du doigt	4 + 1 — 9 lignes	= 3 + 4
de Mme Boivin sans déduction		3 + 2
de Coutouly . . . . id.		2 + 9.

Ayant ouvert l'abdomen, je plaçai les jambes d'un compas contre le promontoire et derrière le bord supérieur du pubis : je trouvai 2 pouces 10 lignes sans les parois vaginales, comprises dans la mensuration par les deux derniers pelvimètres; de sorte que ces parois, assez résistantes et épaisses au moins de 1 ligne chacune, diminuaient encore l'espace intro-pelvien et le réduisaient à 2 pouces 8 lignes. Donc il y avait erreur dans

la bague, dans le conduit vaginal jusqu'à la profondeur voulue. Cette branche étant affermie par sa vis de pression, et l'anneau élevé derrière le pubis, un autre aide annote la place de chaque curseur sur son échelle. On agit de même pour les diamètres sacro-cotyloïdiens. Toutes ces opérations terminées, on retire l'instrument après la rentrée de la tige à plaque, pour répéter tour à tour chaque position à l'extérieur.

Ce procédé, quoique assez exact, était d'une exécution lente à cause des annotations et des répétitions à faire au dehors. C'est pourquoi j'essayai de le remplacer par le pelvimètre suivant :

3° Celui-ci (*voyez pl. 2 et son explication*) est également formé de deux branches, la rectale s'appliquant comme il est dit ci-dessus, et la vaginale, composée de deux tubes tournant librement l'un dans l'autre. Le tube extérieur de cette branche, divisé en deux parties, porte une double échelle à division différente, ainsi qu'un arc de cercle gradué; le tube intérieur dépasse le premier, *en avant* par une tête arrondie dans laquelle tourne une rondelle sur un axe transversal, *en arrière* par un prolongement sur lequel pivote une aiguille, lesquelles sont liées ensemble au moyen de deux tringles qui coordonnent tous leurs mouvements. Un fil, partant d'un anneau libre, après avoir traversé un œillet de la circonférence de la rondelle, contourne son axe pour aller s'attacher à un index intérieur apparent au dehors. La branche rectale placée, je fixe sur elle un arc de cercle horizontal à hauteur convenable; la branche vaginale par son collier à glissière, la tête près des parties de la femme, est retenue sur le cercle précédent. J'introduis alors simultanément dans le vagin le tube et l'indicateur, muni de l'anneau, que j'élève derrière le pubis: aussitôt l'aiguille indique l'angle d'inclinaison du fil sur le tube; le petit index marque le degré d'élévation de la bague, tandis que je vois derrière le collier la distance du sommet de cette branche de celui de la rectale ou du promontoire. Dès lors j'ai toutes les données nécessaires pour connaître l'éloignement du pubis au sacrum. En effet, je sais à combien de lignes de la saillie vertébrale se trouve la tête de la branche vaginale; à quelle distance elle est du bord supérieur du pubis et quel

angle forme son prolongement avec le fil soustendu par l'anneau; c'est-à-dire que je connais les deux côtés et l'angle du triangle que simule l'instrument à l'intérieur du bassin. Par le calcul on peut trouver le troisième côté, ou le diamètre sacro-pubien. Pour éviter des longueurs superflues, un aide tient à la main une fausse équerre en cuivre avec arc de cercle et rapporteur, laquelle est divisée sur toutes ses parties, de manière à pouvoir reproduire immédiatement au dehors le triangle formé à l'intérieur : ainsi donnant à l'équerre un degré d'ouverture égal à l'angle désigné par l'aiguille, et plaçant la tête du rapporteur sur un côté vis-à-vis le numéro correspondant à l'enfoncement du tube vaginal dans son collier, puis en mettant le bord inférieur de l'alidade en contact avec le chiffre qui, sur l'autre côté, répond à l'indication du petit index, on aura directement la quantité cherchée. Les diamètres sacro-cotyloïdiens s'obtiendraient de même. On peut trouver aussi la valeur du diamètre transversal. Mais différents motifs, tels que la difficulté de construction, de conservation et d'application, l'incertitude d'un contact permanent contre l'éminence sacrée, etc., etc., m'ont fait renoncer à cet instrument, avant même que de l'avoir essayé sur la femme vivante.

Cependant il était construit d'après un principe géométrique infaillible, la propriété du triangle, qui me parut le seul moyen de mesurer convenablement la cavité pelvienne, dont l'appréciation présente tant d'obstacles par les procédés ordinaires. Car nous avons vu que les pelvimètres directs, allant du promontoire au ligament sous-pubien, sont incapables de donner une idée précise du diamètre antéro-postérieur; que ceux, agissant dans le vagin en distendant ses parois en sens contraire, sont inapplicables dans la majorité des circonstances; enfin, qu'en introduisant une branche dans le rectum, on a l'inconvénient de ne pas rencontrer d'appui assuré ni de point de contact invariable sur la base du sacrum, et de faire par là une estimation inexacte.

Pour parer à toutes ces difficultés et ménager la sensibilité des organes, j'ai cherché à fixer mon appareil et à exécuter mes opérations à l'extérieur, n'ayant besoin que de faire pénétrer dans

cette estimation, faite sans les difficultés qu'on rencontre sur la femme vivante,

de 7 lignes selon Baudelocque,
de 8 id. par le doigt explorateur,
de 6 id. d'après Mme Boivin
et de 1 id. selon Coutouly;

différences frappantes qui n'ont pas besoin de commentaires.

Remarquons que ce bassin, trop petit dans toutes ses proportions, n'offrait cependant aucune irrégularité dans ses formes; seulement les parties molles du pudendum, les fesses, la région des reins étaient gonflées par un commencement de décomposition cadavérique, les ligaments relâchés et l'articulation sacro-iliaque droite légèrement entr'ouverte par devant. Quel n'eût donc pas été notre mécompte dans l'estimation, si l'un des diamètres diagonaux ou le transversal avait été seul vicié?

Après avoir démontré, je pense, que tant de praticiens recommandables ont vainement cherché un mensurateur exact du bassin, on m'accusera sans doute de présomption de vouloir en proposer un nouveau qui puisse répondre à toutes les exigences de la pratique. Laissant à mes confrères le soin de juger de sa valeur, je me contenterai de faire observer qu'en publiant mes recherches, je n'ai eu d'autre but que d'être utile à l'humanité et aux progrès de la science. D'ailleurs, s'il est vrai qu'une mensuration rigoureuse est l'unique moyen de porter à la femme contrefaite des secours éclairés et salutaires à sa délivrance, ne doit on pas convenir que jusqu'à présent on a agi quelque peu au hasard, en n'employant que des pelvimètres incertains? Cette considération fera, j'espère, excuser mes tentatives, lors même qu'elles ne serviraient qu'à appeler de nouveau l'attention des accoucheurs sur un sujet qui réclame toute leur sollicitude. Peut-être exciteront-elles à l'œuvre de plus habiles et de plus capables que moi. Comme mon travail ne leur sera pas entièrement inutile, je crois devoir indiquer par quelles gradations je suis arrivé à la découverte du pelvimètre que je propose; en conséquence, je vais décrire auparavant, d'une manière succincte, tous ceux que j'avais imaginés pour le même objet.

DESCRIPTION DES NOUVEAUX PELVIMÈTRES.

1° Le premier, (*voyez planche* 1re *fig.* 1re), est une tige creuse, logeant deux cordons, attachés d'une part à une bague mobile, flottant librement de l'autre à l'extrémité postérieure de l'instrument. Une vis de rappel fait mouvoir une plaque horizontale, percée de deux trous par lesquels pénètrent les cordons susdits, de manière à pouvoir rapprocher ou éloigner du sommet le triangle formé par cette plaque, les fils et l'anneau. On porte dans le vagin et l'on place sur la base du sacrum l'extrémité échancrée de la tige qu'un aide maintient par un crochet qui se trouve en arrière; l'accoucheur insinue l'index dans la bague qu'il élève derrière le bord supérieur du pubis; puis avec l'autre main, il tend et fixe successivement au crochet le bout de chaque cordon. L'instrument retiré, on reproduit au dehors le même triangle qu'à l'intérieur, en tirant directement sur l'anneau, dont on mesure ensuite la distance de l'échancrure. En dirigeant l'index derrière les cavités cotyloïdes, on obtiendrait les diamètres sacro-cotyloïdiens. Sur le mannequin ce mode de mensuration réussit complétement. J'espérais qu'il en serait de même sur la femme à la fin de la grossesse; mais empêché par la résistance du vagin, je le modifiai de la manière suivante :

2° Au lieu d'une, je pris deux branches, (*voyez pl.* 1re *fig.* 2), *l'une rectale* analogue à celle de Mme Boivin, sauf qu'elle renferme une tige à plaque brisée qui s'appuie dans la concavité du sacrum, *l'autre vaginale* un peu courbée à son sommet et creuse pour contenir les cordons. Ceux-ci sont liés extérieurement à un anneau, intérieurement au talon de deux curseurs qui, traversant les côtés numérotés du tube, y marquent l'allongement ou le raccourcissement des fils. La première branche est passée dans l'anus; quand son sommet a atteint l'angle sacro-vertébral, ce dont on doit s'assurer par le toucher, on fait saillir la tige à plaque qu'on arrête par un tour de vis, avant de confier cette branche à un aide; l'accoucheur fixe ensuite sur elle, à hauteur de la vulve, la seconde qui glisse dans son collier, en la faisant pénétrer conjointement avec l'index, garni de

le vagin une simple tige, pour prendre avec précision toutes les dimensions intérieures du bassin. Me rappelant en outre qu'il est des circonstances où la mensuration externe est la seule ressource de l'art, j'ai approprié mon instrument à ce double usage, en faisant construire : (1)

PELVIMÈTRE PROPOSÉ.

1° Une ceinture en cuir, garnie d'un ressort à l'intérieur sur lequel est fixé en arrière une plaque verticale, concave, en tôle flexible pour s'adapter à la convexité du sacrum. Le long de ce ressort sont pratiqués à distance plusieurs trous taraudés, pour recevoir la vis d'une lame longitudinale d'où s'élève une tige horizontale bien arrondie, autour de laquelle tourne librement un collier à saillie cylindrique latérale qui, aussi taraudée dans toute sa longueur, est reçue dans une capsule mobile sur la pièce suivante.

2° Une tige que j'appellerai *caudale*, aplatie, fenêtrée dans la plus grande partie de son étendue, terminée inférieurement par une boule articulaire. Dans son ouverture glisse de haut en bas la capsule susdite, au moyen d'un talon retenu de l'autre côté par une rondelle. Une vis traversant celle-ci, la capsule et la saillie cylindrique du collier, rend immobiles, par sa pression, toutes ces pièces sur la tige horizontale précitée.

3° Un arc de cercle vertical en cuivre battu, glissant en arrière dans une boîte arquée sur le même rayon, laquelle présente supérieurement deux valves à vis de pression, pour former une genouillère avec la boule de la tige caudale. Cet arc en porte en avant un autre plus petit, gradué, ayant un index à double lame, une antérieure surmontée d'une fourche, et une postérieure pour le fixer au moyen d'un ressort. Un large canon, passant à travers la partie inférieure de ces deux lames et le point central de l'arc gradué lui-même, leur sert d'axe en même temps que de moyen d'union avec le prolongement de la virole placée sur la tige qui suit.

(1) C'est à l'habilité de M. Heyndrickx, horloger-mécanicien, et de M. Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie à Bruxelles, que je dois l'exécution de mon instrument. Je saisis cette occasion pour les remercier de leurs soins et de leur utile coopération.

4° Une tige, dite *vaginale*, longue, mince, courbée et aplatie à ses deux extrémités, montrant les divisions du pied, entourée d'une virole mobile, à laquelle est adaptée une goupille qui entre dans le canon axuel de la pièce précédente, et munie en sens opposé d'une petite vis et d'un ressort pour l'arrêter sur la tige à toute hauteur.

5° Une grande équerre en cuivre articulée, avec arc de cercle et alidade mobiles, de manière qu'au besoin elle peut servir de compas d'épaisseur et de compas ordinaire, pour l'extérieur ainsi que de machine propre à répéter les positions de la tige à l'intérieur. (*Voyez planche 4 et son explication.*)

A l'aide de ces différentes pièces, on peut prendre toutes les dimensions internes et externes du bassin. Pour les premières, on commence par attacher la ceinture autour des hanches de la femme, le milieu de la plaque verticale devant correspondre à la partie moyenne de la face postérieure du sacrum. La lame à tige horizontale est vissée sur le ressort au point le plus convenable, selon le diamètre à mesurer. La saillie du collier est engagée dans la capsule de la caudale, dont la boule articulaire est reçue entre les valves de la genouillère; les vis en sont desserrées, de manière à ce que ces articulations soient libres et mobiles.

L'extrémité de l'arc de cercle est passée dans sa gaîne, l'index arrêté sur *O* de la division et la virole de la tige vaginale sous le chiffre romain *IX*. Tout ceci terminé et l'instrument relevé par un aide, l'accoucheur, assis ou agenouillé derrière la femme qui se tient debout, les jambes écartées, le corps incliné en avant, appuyant les mains sur un meuble quelconque, afin de rendre saillante en arrière la région périnéale (1), l'accoucheur insinue dans le vagin deux doigts de la main gauche qu'il applique sur le promontoire, s'il s'agit du diamètre antéro-postérieur. De l'autre main, il tient comme une plume à écrire la tige vaginale (l'extrémité supérieure la plus recourbée en haut, la

(1) C'est non-seulement pour mesurer le bassin, mais encore dans tous les cas difficiles, que je recommande aux élèves à la Maternité de toucher par derrière les femmes, debout ou couchées sur le flanc, parce que de cette manière, en touchant de deux doigts, on arrive à une plus grande hauteur dans le bassin et qu'on a plus de facilité pour faire les recherches.

concavité en avant) qu'il fait glisser le long des doigts introduits et la presse contre l'angle du sacrum; un aide approche l'arc de cercle vertical du corps de cette branche qui se pose dans la fourche du curseur, tandis que le prolongement de sa virole en pénètre le canon axuel. De la main droite, l'opérateur maintient ces pièces en contact, pendant que l'aide serre successivement la vis de la genouillère et celle de la capsule, en tenant immobile, au moyen de l'autre main, la tige caudale. Ces préliminaires, exécutés bien plus promptement qu'on ne pourrait les décrire, ne servent qu'à placer le centre de l'arc gradué à la distance invariable de neuf pouces du promontoire (1); on détache et l'on extrait ensuite la tige du vagin. Après avoir reculé le grand arc dans son enveloppe, pour ne pas être gêné dans le restant de l'opération, on rend l'index libre sur son limbe et la virole sur la vaginale. Alors les deux doigts de la main gauche sont introduits de nouveau dans les organes sexuels de la femme et dirigés derrière le pubis; la branche vaginale renversée est conduite par son extrémité inférieure, sa légère courbure vers la cavité du bassin, jusqu'au bord supérieur de la symphyse; les doigts l'y maintiennent appliquée, pendant que l'accoucheur de la main droite fait glisser l'arc vertical dans sa boîte, jusqu'à ce que le point central du canon vienne répondre à la direction de la tige qui se replace dans la fourche du curseur; la virole, ramenée en face de l'ouverture qui reçoit sa goupille, est arrêtée invariablement par sa petite vis sur la branche elle-même; et l'opération est terminée. En détachant la vaginale de l'arc et celui-ci de son enveloppe, on pourra les rapprocher de la lumière pour mieux lire leurs indications. On sait l'élévation du promontoire à neuf pouces au-dessus du canon axuel, celle du pubis par la dernière position de la virole sur la tige graduée du vagin, et enfin l'angle marqué sur l'arc par le curseur; c'est-à-dire qu'on connaît les deux côtés et l'angle du triangle décrit par la tige dans sa double application. Or, en donnant à l'équerre une ouverture semblable à l'angle trouvé, son alidade, vissée sur un côté à neuf pouces de l'articulation et mise sur

(1) Cette distance doit toujours être en rapport avec le rayon d'après lequel l'arc de cercle a été tracé.

l'autre côté en rapport avec le chiffre désignant l'élévation du pubis, indiquera immédiatement l'étendue du troisième côté du triangle ou le diamètre sacro-pubien cherché. (*V. pl.* 5, *fig.* 3 *et* 4.)

Quant aux dimensions diagonales, observons d'abord que c'est presque toujours l'une ou l'autre, et parfois les deux parois cotyloïdiennes qui se rapprochent de la base du sacrum, ou bien celle-ci qui s'avance vers les premières, sans que les symphyses sacro-iliaques soient elles-mêmes déformées, si ce n'est dans le cas exceptionnel d'ankylose ou de quelque tumeur qui pourrait s'élever à leur surface : donc, ce n'est le plus ordinairement que la valeur de l'espace sacro-cotyloïdien droit et gauche qu'il faut déterminer (1). A cette fin, on fera assez incliner en avant le corps de la femme, pour que l'ouverture vulvaire occupe la partie inférieure du cône pelvien; la lame à tige horizontale sera vissée dans le tareau de la ceinture, le plus en rapport avec l'extrémité postérieure de la ligne à mesurer; on dirigera à droite ou à gauche l'arc de cercle vertical dans le sens de cette dernière, en appliquant, avec les précautions décrites ci-dessus, la branche vaginale un peu de côté sur le promontoire, ou bien devant une symphyse sacro-iliaque, puis derrière le bord supérieur d'une cavité cotyloïde opposée. L'équerre rapportera, comme précédemment, l'angle et les deux côtés trouvés. (*Voyez pl.* 6, *fig.* 1.)

Il en est de même du diamètre transversal. Si la femme ne pouvait garder la position fortement inclinée en avant, elle fléchirait la cuisse, en relevant le pied sur une chaise. Ainsi le plancher du bassin serait également à découvert, et l'arc de cercle vertical pourrait se diriger sous la fesse dans la direction transversale. La tige vaginale, placée alternativement sur les deux côtés du détroit abdominal, donnera la mesure de leur élévation et de leur éloignement par l'angle qu'elle décrira. Donc les quatre diamètres de ce détroit seront, de cette manière, faciles à apprécier. (*Voyez pl.* 6, *fig.* 2.)

Ce que nous venons de dire pour l'entrée du bassin est d'une application encore plus facile à l'excavation, dont on pourra reconnaître les défauts, n'importe l'endroit où ils se trouveront.

(1) L'espace compris entre le promontoire et l'une ou l'autre cavité cotyloïde ne mesure habituellement que 3 pouces et quart.

Pour prendre les dimensions à l'extérieur, on se sert de l'équerre seule. Après l'avoir ouverte à angle droit et dévissé la moitié de son côté gauche, pour y substituer l'arc de cercle, on redresse l'alidade sur son talon et l'on a un instrument *pl. 4, fig. G'BCD*, analogue au mécomètre de Chaussier, pour le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. (*Voyez pour l'application pl. 5, fig. 1.*)

En enlevant l'alidade avec son coulant, et la moitié du côté gauche étant remise à place, on n'a plus qu'un grand compas ordinaire, *pl. 4, fig. ABI,* pour les diamètres coccy-pubien et transversal du détroit inférieur (*voyez encore pl. 5, fig. 2.*)

CONCLUSION.

Cet instrument offre donc réunis les différents moyens de mesurer exactement toûtes les dimensions externes et internes du bassin. On peut lui objecter à la vérité qu'en certains cas il est inapplicable à l'intérieur : comme chez la fille non déflorée, ou lorsque des adhérences accidentelles rétrécissent l'ouverture vulvaire, que les branches descendantes du pubis sont très-rapprochées, que les doigts de l'accoucheur sont trop courts, que le vagin n'est pas assez allongé, qu'une partie quelconque du fœtus plonge trop bas dans l'excavation, ou toutes les fois enfin qu'il est impossible de toucher avec l'index la saillie sacro-vertébrale et de guider le sommet de la tige vaginale; mais en pareilles circonstances, quel est l'intro-pelvimètre que l'on pourrait employer avec certitude, sans le porter au hasard dans les organes de la femme? Si l'on pouvait se contenter d'une semblable évaluation, nous ajouterions que dans ce cas notre instrument serait aussi applicable que tout autre.

Cependant pour n'obtenir que des résultats douteux, mieux vaudrait n'avoir recours qu'aux pelvimètres externes. On lui reprochera peut-être aussi son défaut de simplicité portative; c'est là un inconvénient sans doute, quoique de peu d'importance, ce me semble, en comparaison des avantages qu'il présente sous le rapport de la justesse et de l'extension de son usage à tous les diamètres du bassin. Mais l'application en

sera-t-elle constamment facile et préférable à celle des procédés connus? . . . . . .

Laissons à l'expérience le soin de résoudre cette question. En attendant, si mes collègues jugent d'une manière non défavorable ce nouveau mode de mensuration pelvienne, encouragé par leur approbation, je nourrirai l'espoir que mes peines et mon travail n'auront point été perdus pour l'humanité.

Bruxelles, le 2 février 1840.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE PREMIÈRE.—*Fig.* 1re.

Elle représente un pelvimètre interne, applicable seulement après l'assouplissement du vagin. AB tube en cuivre de forme carrée, long de 10 à 11 pouces, large de 4 lignes, échancré à son extrémité antérieure pour s'appliquer sur l'angle du sacrum, offrant postérieurement une vis de rappel et deux trous pour la sortie des cordons. Cette vis fait mouvoir une plaque horizontale ED, percée de deux ouvertures, correspondant à une rainure de la face supérieure de l'instrument. L'anneau F donne attache aux cordons, lesquels, traversant la rainure et la plaque susdites, vont se placer sur les côtés de la vis de rappel, pour s'échapper par les trous postérieurs et se fixer dans les entailles du crochet G.

Figure deuxième.

Elle représente les contours externes et internes du bassin.

La ligne AB marque la direction du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur; CD celle que suit le sommet de la branche vaginale de l'intro-pelvimètre de Mme Boivin, en glissant le long de la branche rectale qui lui est parallèle; BO ligne perpendiculaire abaissée du diamètre antéro-postérieur au niveau du bord supérieur du pubis, pour montrer l'obliquité de la symphyse sur cette ligne.

Cette planche représente en outre un pelvimètre à deux branches, *l'une rectale* AE semblable à celle de l'instrument de

Mme Boivin, sauf qu'elle est creusée en queue d'aronde pour loger une tige FG, munie *en avant* d'une plaque brisée qui s'accommode à la courbure du sacrum, *en arrière* d'une vis qui sert à la mouvoir, à l'arrêter et par suite à affermir la position de la branche rectale; *l'autre vaginale* KL est un tube creux, percé à son sommet un peu recourbé de deux trous pour le passage des cordons, et fendu en arrière sur chaque face latérale pour les curseurs M, dont les talons à l'intérieur donnent attache aux cordons précités; HI est un arc de cercle, arrêté dans son passant par une vis de pression; cet arc porte supérieurement un collier fendu avec une vis qui sert à fixer la position du tube.

PLANCHE DEUXIÈME. — *Figure première.*

Autre pelvimètre intérieur, dont la branche rectale A B a été courbée inférieurement afin de favoriser l'abaissement de la branche vaginale; elle est du reste pareille à la précédente. C double coulisse courbée en avant, recevant deux arcs de cercle D qu'une vis assujettit et qui supportent un autre arc horizontal EE', long de trois pouces, larges de six lignes, aussi arqué en avant, sur lequel marche à droite et à gauche la glissière FF', soudée au collier fendu GG' du tube vaginal; une vis H le retient dans ses mouvements d'avance et de recul, comme une autre vis, placée de l'autre côté, dans sa marche à droite et à gauche sur le cercle horizontal. II' est la branche vaginale composée de deux tubes tournant l'un dans l'autre : l'externe se partage au point K en *partie antérieure*, numérotée pour indiquer derrière le collier la distance de la tête de la branche vaginale du sommet de la rectale, et en *partie postérieure* KI', offrant en avant et en haut un petit cadran et une fente pour l'aiguille, latéralement une rainure pour le passage d'un index M; celui-ci est mû par le fil N, dont il marque l'allongement ou le raccourcissement sur son échelle, divisée en lignes à partir du point 9 qui exprime l'épaisseur de l'anneau. Le tube interne, bifide, porte antérieurement une tête arrondie qui se partage aussi en deux segments latéraux et renferme une rondelle verticale tournant sur l'axe Q; autour de celui-ci s'enroule un fil

qui, après avoir traversé un œillet R de la circonférence de la rondelle, va s'attacher dans l'intérieur à l'index M qui est retenu par deux ressorts à boudin; de manière que ce fil, partant de l'anneau, fait mouvoir à la fois l'index et la rondelle, quand il se dévie de la ligne P Q. En outre, cette rondelle est liée par deux tringles, occupant les extrémités du diamètre vertical du tube interne et se vissant aux points SS' sur l'aiguille qui pivote autour d'un axe intermédiaire et qui marque tous les mouvements du disque par son inclinaison sur le cadran. Ce tube interne est uni par un ressort à la partie KI' du tube externe; de sorte que la partie antérieure de celui-ci, étant retenue dans son collier GG', n'empêche pas les mouvements rotatoires du tube intérieur et de la partie KI' de l'extérieur.

D'après la description ci-dessus, on voit que presque tous les mouvements se trouvent réunis dans ce pelvimètre : mouvements d'élévation et d'abaissement par le double arc D dans les coulisses C; mouvements à droite et à gauche sur le cercle horizontal EE'; mouvements d'avance et de recul dans le collier GG'; enfin, mouvements de rotation du tube interne au dedans de la partie antérieure de l'externe. Ajoutons que les arcs D et EE' ayant été décrits sur un même rayon à partir du sommet de la branche rectale, l'axe de la vaginale, n'importe ses mouvements, coïncidera toujours avec le point A de la première.

Figure deuxième.

Elle représente une fausse équerre en cuivre pouvant s'ouvrir au delà de l'angle droit, ayant un arc de cercle gradué pour marquer l'écartement des deux côtés; ceux-ci, divisés en lignes, offrent à gauche un coulant uni à la tête de l'alidade aussi numérotée. A l'aide de ce moyen, reproduisant les triangles formés à l'intérieur du bassin par le pelvimètre, on peut connaître instantanément la valeur du troisième côté, indiquée sur le rapporteur par l'écartement des deux jambes de l'équerre.

PLANCHE TROISIÈME.

Elle représente les différentes pièces dont se compose le pelvimètre interne proposé.

Figure première.

Ceinture en cuir ayant un ressort à l'intérieur, auquel est rivée la plaque verticale AA, en tôle flexible, rembourée avec du crin pour s'accommoder et s'appliquer sans douleur à la face postérieure du sacrum. Une lanière C, passant dans une boucle du côté B, attache solidement autour du bassin ce bandage, dont les extrémités sont courbées inférieurement sur champ, afin de prendre leur appui sur le pubis. Cinq trous, taraudés dans le ressort, et placés derrière l'extrémité de chaque diamètre, peuvent recevoir la vis de la pièce suivante.

Figure deuxième.

Lame verticale légèrement courbée, longue de deux pouces, offrant en *haut* une vis et deux pointes qui entrent dans les disques taraudés de la ceinture, en *bas* une tige horizontale, en acier trempé, bien arrondie, autour de laquelle glisse un collier B, qui présente une saillie cylindrique latérale C, terminée en cône, percée, taraudée dans toute sa longueur et reçue dans la capsule mobile de la pièce ci-contre.

Figure troisième.

Tige caudale longue de six pouces et demi, fenêtrée, terminée inférieurement par une boule articulaire, munie à sa surface d'une capsule A, creusée en cône supérieurement, pour recevoir la saillie du collier précédemment décrit.

Cette capsule présente un talon, entrant exactement dans la fenêtre CC qui en empêche les mouvements rotatoires, et est vissée par devant à une rondelle B qui s'oppose à sa sortie.

Figure quatrième.

Vis de pression à tête plate, ayant le corps plus mince que l'extrémité, traversant un disque en cuivre, laquelle pénètre dans l'ouverture taraudée de la rondelle et de la capsule, ainsi que dans celle de la saillie sur le collier; de manière que cette vis, étant entrée en tournant dans les deux premières pièces, puis dans la seconde, ne serre plus celles-là que par son collet A, tandis que son sommet s'applique sur le cylindre AA de la figure deuxième. Cette vis par sa pression arrête quatre doubles mouvements, savoir: mouvement d'élévation et d'abaissement de la tige caudale sur le talon de la capsule; mouvement

de rotation en avant et en arrière de celle-ci sur la saillie du collier; mouvement de circumduction de ce dernier en deux sens opposés autour du cylindre de la tige horizontale, et enfin mouvement d'avance et de recul des mêmes pièces l'une sur l'autre.

Figure cinquième.

Boîte arquée de même que le cercle suivant qu'elle reçoit dans sa cavité, surmontée en haut et en avant d'une tige A sur laquelle sont retenues deux valves à vis de pression B, pour former une genouillère avec la boule inférieure de la caudale.

Figure sixième.

Arc de cercle vertical en cuivre, long de huit pouces, large de six lignes, épais d'une ligne, tracé sur un rayon de neuf pouces, portant en avant un petit arc AA', divisé jusqu'au 30°. Sur cet arc marche un curseur B, tournant inférieurement autour d'un large canon et muni en haut d'une petite fourche pour recevoir la tige suivante (1).

Par derrière, ce curseur est uni au moyen d'une charnière à une lame CC' (*voyez fig. 6 bis*) qui passant sous un ressort DD' arrête ses mouvements sur l'arc gradué. Un canon G, traversant les deux lames, leur sert d'axe et présente en avant un petit disque E, pivotant sur un axe transversal, dont le centre est troué pour admettre la goupille de la virole, appartenant à la tige vaginale.

Figure septième.

Tige vaginale en acier poli, longue de 14 pouces, épaisse de 2 1/2 lignes, dont l'extrémité supérieure A est aplatie et courbée en deux sens différents, pour s'accommoder au bassin et à la tête du fœtus; l'extrémité inférieure B est également aplatie et un

(1) Il serait peut-être préférable de tracer l'arc de cercle vertical sur un rayon de 7 pouces, en plaçant le petit arc gradué en bas, opposé à sa situation actuelle, et en lui donnant 3 pouces de hauteur; de cette manière la tige horizontale pourrait se visser immédiatement sur la ceinture, sans que la caudale dût s'allonger; les divisions de l'arc deviendraient plus distinctes, comme l'union de celui-ci avec la tige vaginale plus facile. Il y aurait encore d'autres changements à apporter à l'équerre, à la virole de la vaginale, à la genouillère dont on pourrait supprimer la vis, à celle de la capsule, etc., etc.; changements qui rendraient plus prompte et plus sûre l'application de notre pelvimètre, mais que le défaut de temps nous a empêché de faire exécuter.

peu concave; le corps, divisé sur une face en lignes à partir de l'extrémité B, offre sur l'autre un petit enfoncement au-dessous du chiffre romain IX, pour recevoir l'extrémité de la vis C. Celle-ci ainsi qu'un mince ressort EE' fixent à la surface de la tige une virole mobile, dont le prolongement D est reçu dans le canon du curseur. Au-dessus et au-dessous du point IX, distance du sommet A, sont des divisions pour le cas où l'on voulut introduire, dans les deux applications, la même extrémité A de la tige, comme lorsqu'il s'agit de mesurer le diamètre transversal du bassin.

PLANCHE QUATRIÈME.

Elle représente une fausse équerre en cuivre ABEF de 10 pouces de long à partir du centre de l'articulation *o*, avec arc de cercle et alidade mobiles; l'arc GH, divisé jusqu'au 30° seulement, s'enlève en détournant la vis H, et se met au besoin à la place de la moitié AH' du côté gauche de l'équerre ; en abaissant l'autre côté BE jusqu'à l'angle droit et en redressant l'alidade sur son talon, on a un instrument G'H'BCD, analogue au mécomètre de Chaussier, que l'on voit appliqué *planche V, fig.* 1re. On ne comptera que du point intérieur L du collier, parce que la saillie de l'arc H'G' ainsi que celle de l'alidade doivent être déduites de l'espace limité par les côtés H'B et DC.

Quand on ôte l'alidade avec son coulant, il reste un grand compas ordinaire ABI, propre à mesurer les diamètres du détroit inférieur, comme on le voit *planche V, fig.* 2. J'ai donné aux côtés de l'équerre 4 lignes de largeur et deux d'épaisseur pour la solidité; l'alidade en a 3 1/2 de large sur 1 ligne d'épaisseur; son coulant ou collier a plus d'un pouce de longueur, à partir de l'axe ou pivot articulaire du rapporteur; une petite vis à tête ronde M fixe le coulant sur l'équerre.

PLANCHE CINQUIÈME. — *Figure première.*

Elle représente un bassin, vu de profil, avec l'application de l'équerre à l'extérieur au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. L'extrémité de l'arc est placée sur le pubis, le sommet de l'alidade sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre des lombes.

Figure deuxième.

Bassin vu par la partie inférieure avec l'application de l'équerre au diamètre transversal de ce détroit.

Figure troisième.

Moitié gauche d'un bassin, vu intérieurement, pour montrer l'application de l'intro-pelvimètre dans les deux positions qu'affectent la tige vaginale et l'arc vertical, pendant la mensuration du diamètre antéro-postérieur.

Figure quatrième.

Équerre complète dont le coulant sur le côté AB est vissé à la hauteur du promontoire au-dessus de l'ouverture axuelle de l'arc vertical (9 pouces); la position de l'alidade sur le côté AC marque l'élévation du pubis et l'arc ED désigne l'angle, formé par la tige vaginale sur la partie graduée du cercle vertical dans ses deux applications; l'étendue FG de l'alidade représente celle du diamètre cherché.

PLANCHE SIXIÈME. — *Figure première.*

Bassin vu par dessous pour montrer l'application du pelvimètre interne au diamètre diagonal.

Figure deuxième.

Application du pelvimètre interne au diamètre transversal.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DE LA COMPRESSION CIRCULAIRE PERMANENTE AMOVIBLE DANS LES MALADIES CHIRURGICALES ;

Par P.-J. VAN MEERBEECK, de Malines.

Rapport sur cet ouvrage (1).

Messieurs,

Le docteur Van Meerbeeck a offert à la Société des Sciences médicales et naturelles, un exemplaire de sa thèse inaugurale. Elle a pour titre :

(1) MM. LANGLET, *rapporteur*, V. UYTTERHOEVEN et A. J. DAUMERIE, *commissaires*.

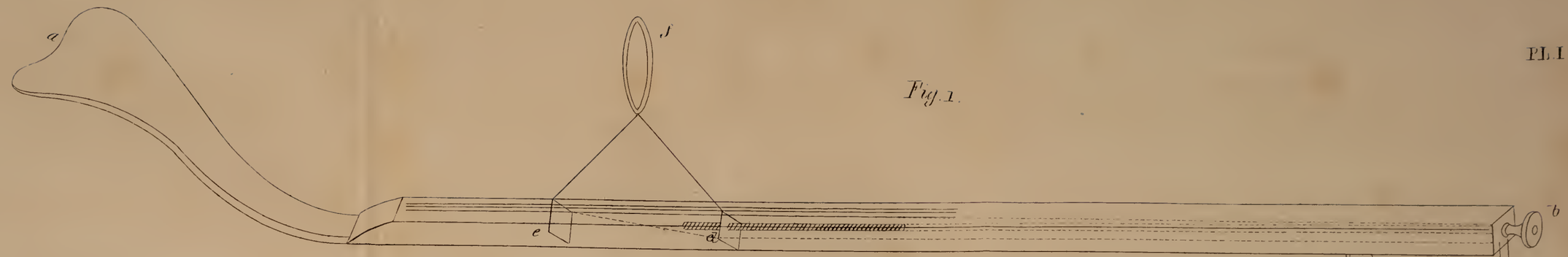


Fig. 1.

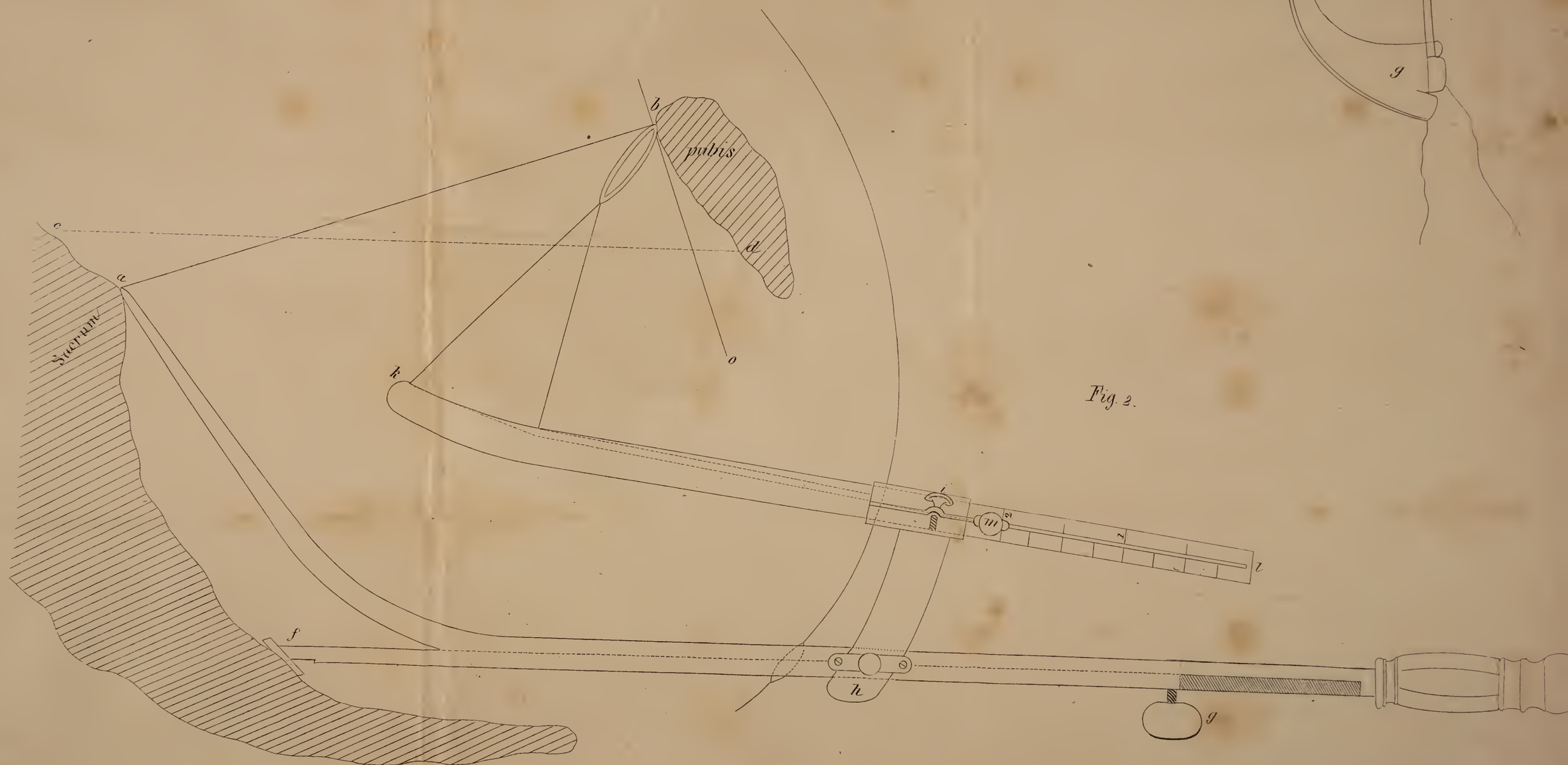


Fig. 2.

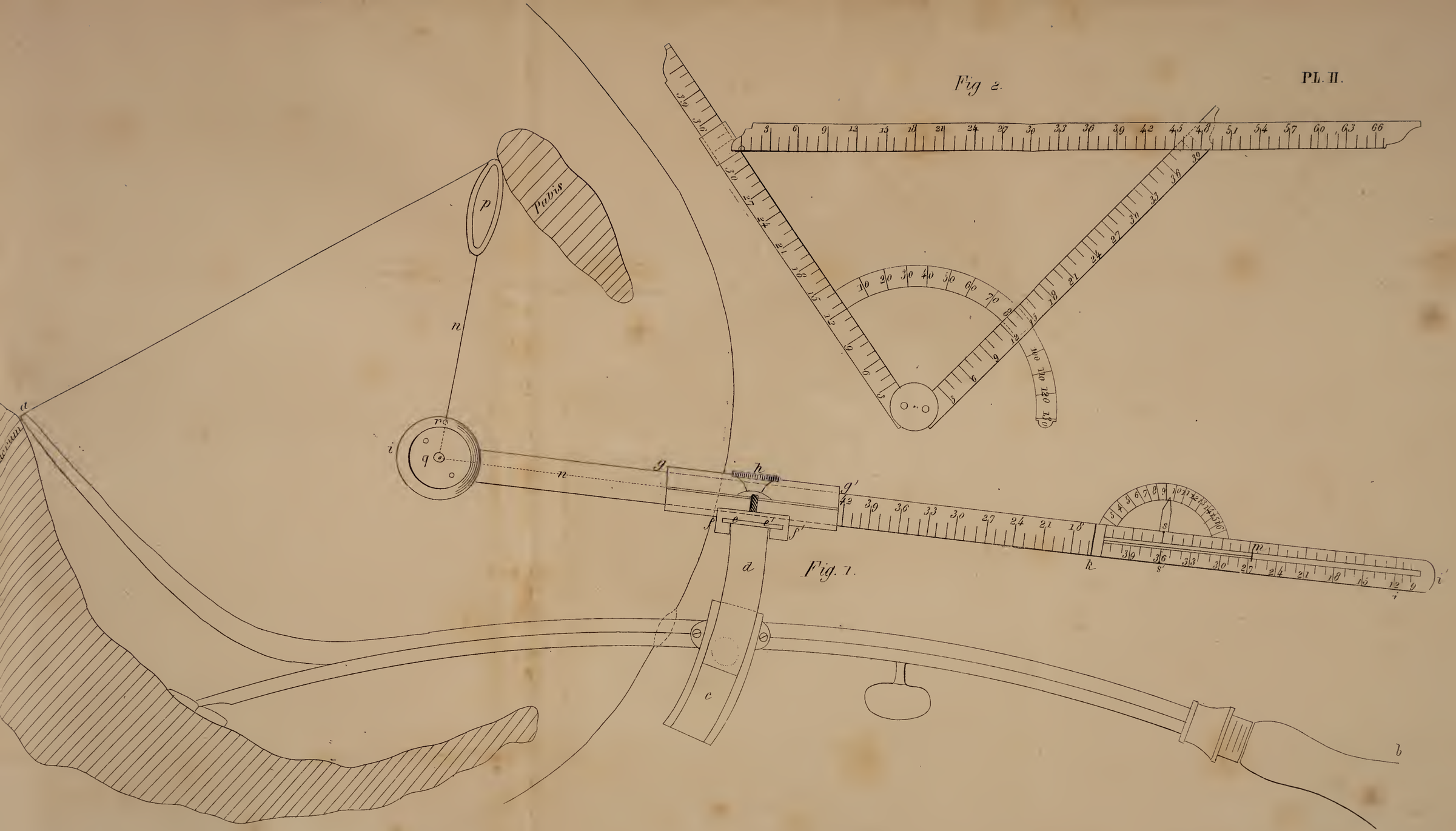


Fig 2.
Fig. 1.
Pubis
p
n
a
i
q
r
g
h
g'
f
e
e'
f'
d
c
k
s
s'
m
i'
b

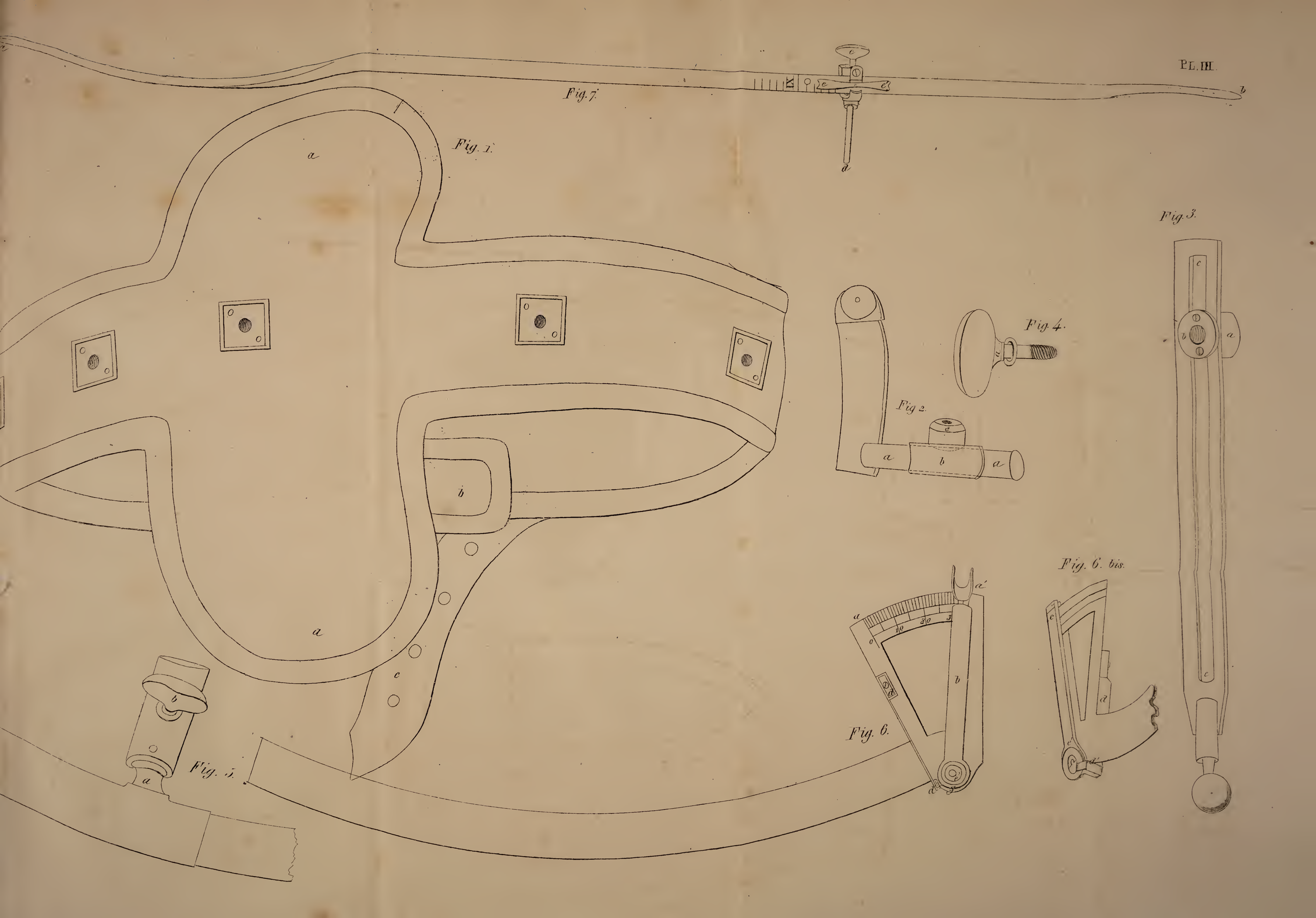
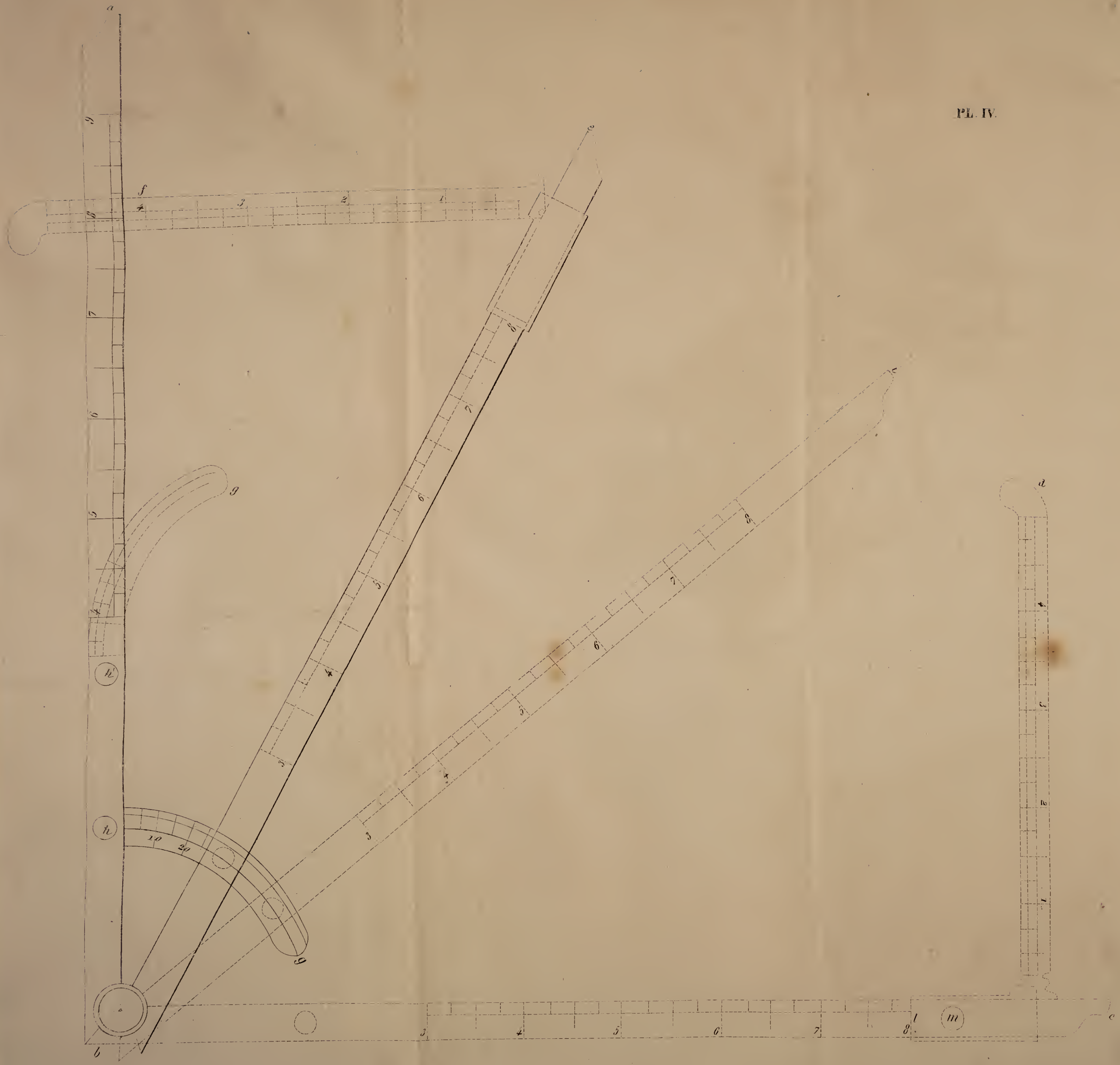


Fig. 7.
Fig. 1.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 2.
Fig. 6. bis.
Fig. 6.
Fig. 5.


a
b
c
d
e
f
g
h
l
m
10
20

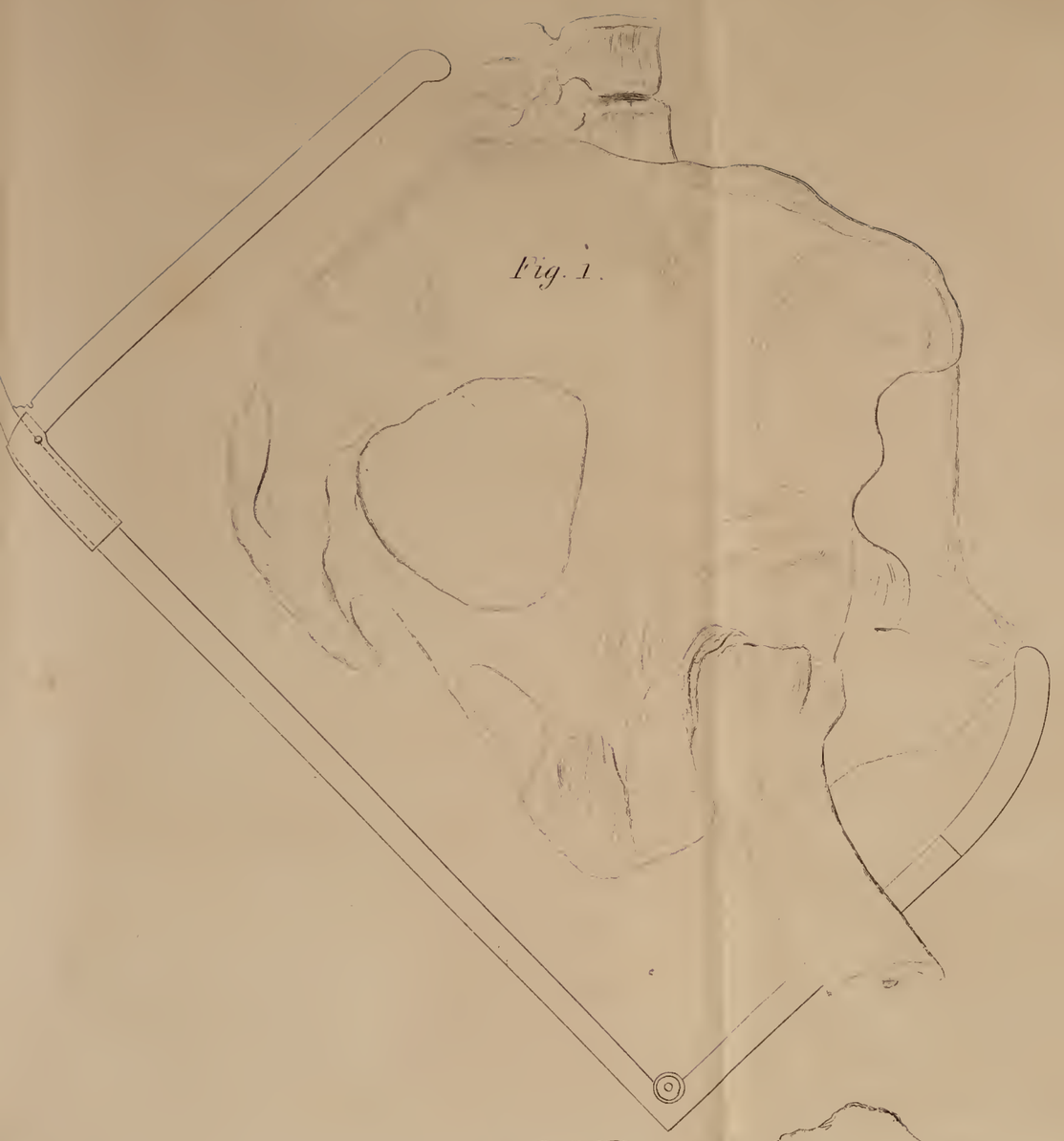


Fig. 1.

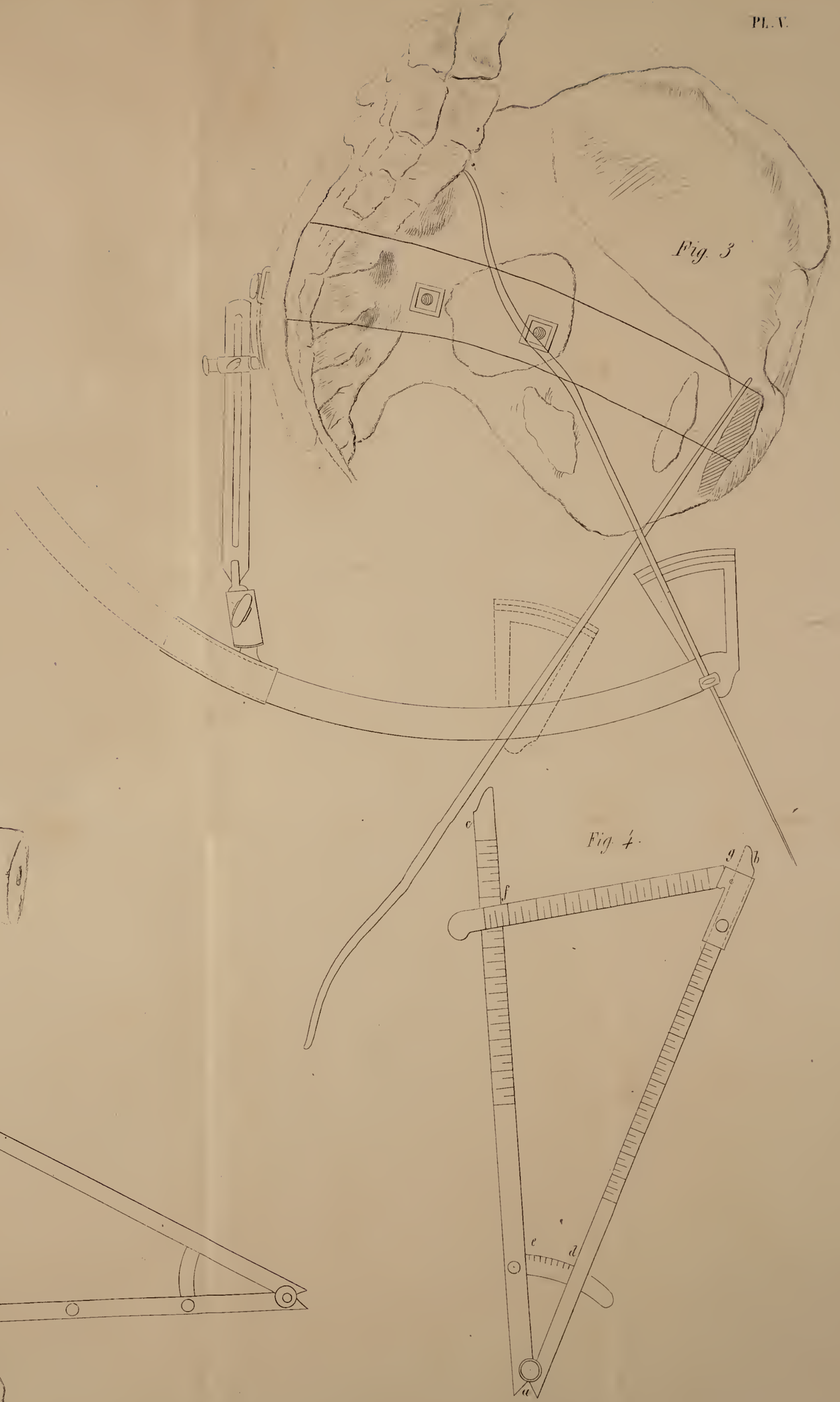


Fig. 3
Fig. 4.
c
f
g
b
e
d
a

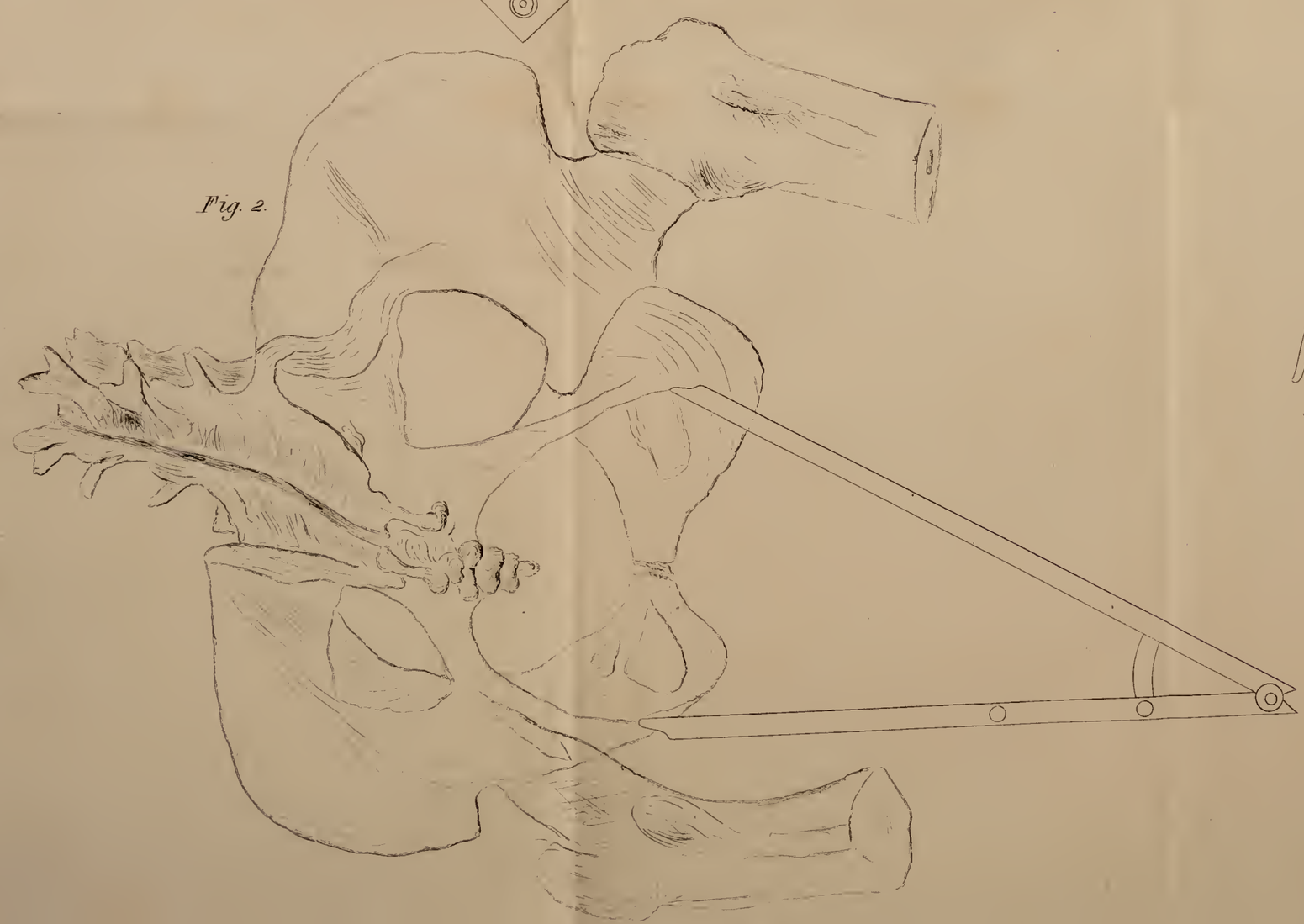


Fig. 2.

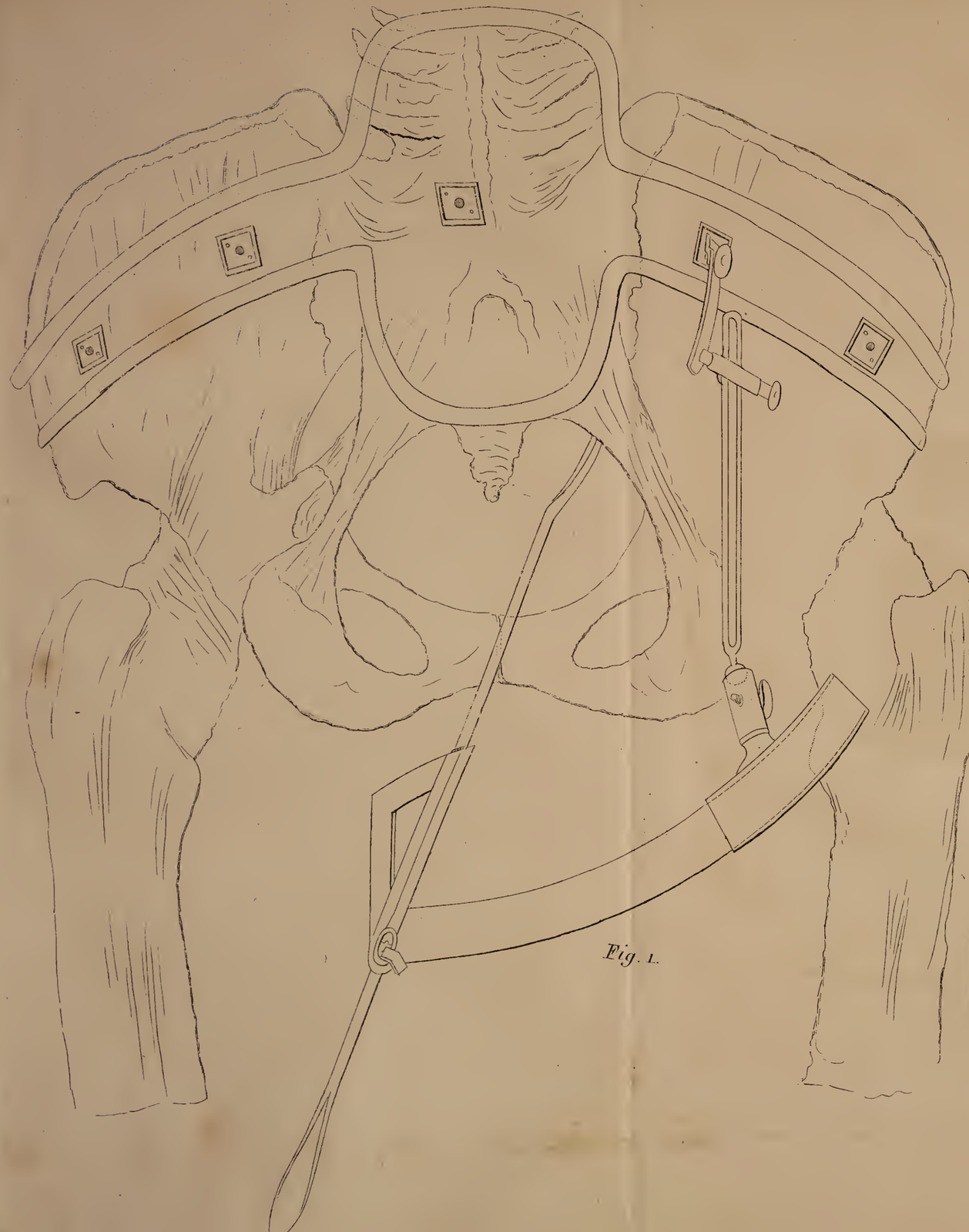


Fig. 1.

Fig. 2.

« Considérations sur l'emploi de la compression circulaire permanente amovible dans les maladies chirurgicales. » Nous allons résumer ce que nous avons remarqué à la lecture de cette thèse.

M. le docteur Van Meerbeeck fait d'abord l'historique de l'appareil inamovible, du bandage amidonné, de la compression permanente. Cet appareil, ou au moins quelque chose qui y ressemblait, était, au dire de quelques auteurs, connu dès la plus haute antiquité, chez les Persans, les Grecs, etc. En France, Belloste, en 1696, Moscati, en 1751, Ledran, l'employèrent; il tomba ensuite dans l'oubli. Larrey, puis Dieffenbach le réhabilitèrent, après un demi-siècle environ, et le soumirent à de nombreuses expériences. C'est au premier de ces deux chirurgiens, que le docteur Van Meerbeeck attribue la généralisation de la méthode, que l'idée en ait ou non été prise dans les ouvrages de ses devanciers; c'est à Larrey, dit-il, que revient l'honneur de sa découverte ou du moins de son introduction dans la pratique chirurgicale. Mais une foule d'objections théoriques la firent tomber de nouveau en discrédit, et H. Larrey dut prendre la défense de la pratique de son père dans sa thèse sur le traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible. Bérard prouva en pratique ce que H. Larrey avait démontré en théorie. Ses expériences forcèrent d'admettre, entre autre avantage, que la solidité du bandage permet aux malades affectés de fracture de la jambe de quitter le lit le troisième jour, de marcher à l'aide de béquilles et de vaquer à leurs occupations. En Allemagne, ce sont des moules en plâtre coulé dont on entoure le membre comme le faisaient les Arabes. C'est chez d'autres dans une boîte de sable mouillé qu'on les place. En Belgique, M. Seutin fait subir à l'appareil de Larrey des modifications importantes. Le bandage à dix-huit chefs, est remplacé par quatre couches superposées de bandelettes séparées, et le liquide résolutif par une solution d'amidon, etc. M. Seutin proclame le principe de la déambulation dans toutes les fractures des membres inférieurs indistinctement; il conseille de laisser des ouvertures au bandage vis à vis des plaies pour la libre issue de la matière purulente; il dit que rien n'empêche de réappliquer l'appareil 3, 4 ou 5 fois, et même plus, si les circonstances paraissent l'exiger. Il donne le précepte quand on veut examiner le membre fracturé d'inciser le bandage sur sa face antérieure à l'aide de forts ciseaux ou d'un bistouri conduit sur une sonde cannelée, et de le refermer ensuite en maintenant les bords à l'aide d'une bande ordinairement amidonnée, etc. C'est alors qu'il donne à ce bandage le nom d'appareil immobile permanent. MM. Fromont père et Deroubaix secondent M. Seutin dans la lutte qu'il a à soutenir contre les adversaires de ce bandage.

M. le docteur Van Meerbeeck termine la première partie de sa thèse en rappelant les prétentions de priorité élevées en France par M. Vel-

peau, pour certaines modifications importantes qu'il aurait fait subir à l'appareil inamovible. Nous ne le suivrons point dans la discussion de faits qu'il élève en cette circonstance. Nous rapporterons seulement ses conclusions. «La part de M. Seutin est celle-ci, dit-il, introduction de l'amidon, simplification du bandage de Larrey, compression circulaire, généralisation du principe de la déambulation, emploi d'un appareil peu couteux, réunion de l'inamovibilité à l'amovibilité. A M. Velpeau, la généralisation de la compression, la substitution de la dextrine à l'amidon. En France, d'autres modifications furent encore proposées. Ainsi, M. Laugier employa un appareil inamovible en papier amidonné. M. Lafargue proposa, afin de rendre l'appareil immédiatement solidifiable, de remplacer l'amidon par un mélange de cette dernière substance et de plâtre fixement pulvérisé, et les attelles de carton par des fils d'archal étendus longitudinalement sur tout le membre fracturé. »

Nous avons rapporté très-succinctement les expressions de M. le docteur Van Meerbeck. Nous adoptons presqu'entièrement ses conclusions, quand il fait la part des praticiens français, belges et allemands pour les changements apportés à l'appareil inamovible. Nous lui ferons néanmoins observer que l'Angleterre revendique à son tour la priorité de l'application de cet appareil. Voici en peu de mots sur quoi un chirurgien anglais appuie sa réclamation. Dans la septième édition de l'anatomie de Cheselden publiée en 1750 : l'auteur dit que Gataker a fait imprimer des observations que lui Cheselden avait déjà publiées. Ces observations avec une traduction des opérations de Ledran, furent livrées au public sous le titre : « Opérations de Ledran, etc., traduit par Gataker et enrichi de remarques par Cheselden. » A la page 452 il est fait mention d'un bandage imbibé d'une mixture d'œufs et de farine pour guérir une difformité de la jambe. Il y est dit que c'est le meilleur bandage pour le traitement des jambes fracturées. Recommandation est faite de laisser très-mince la partie du bandage qui est sur le tibia, afin que s'il devient trop lache par la diminution du gonflement, on puisse le couper et le rendre plus étroit. Un individu ayant une fracture des os de l'avant-bras et auquel l'application de l'appareil fut faite, fut constamment à cheval pendant les deux jours suivants, sans en éprouver aucune gêne.

Voilà ce que nous avons lu et, bien qu'il faille admettre que l'appareil était inamovible suivant les circonstances, nous pensons comme l'auteur de la thèse que nous analysons que c'est à celui qui tire de l'oubli ce qui peut être utile qu'est dû autant qu'à l'inventeur primitif l'honneur de l'invention.

Nous sommes arrivés à la 2me partie de l'œuvre de M. Van Meerbeck. Les maladies chirurgicales dans lesquelles la compression cir-

culaire permanente amovible a été employée, sont en assez grand nombre, dit l'auteur. Les fractures simples et compliquées, les suites des fractures, les ruptures et sections des muscles ou des tendons, les entorses, les luxations, les tumeurs blanches, les luxations spontanées, la nécrose, la carie des os, les résections osseuses, les difformités qui sont du ressort de l'orthopédie, etc., etc. Nous nous contenterons de citer ces maladies où l'avantage d'un appareil immobile permanent, compressif circulaire, une fois admis, il n'y a plus de contestation possible. Nous ne suivrons donc pas M. le docteur Van Meerbeeck dans le parallèle qu'il établit entre la pratique ancienne et moderne dans le traitement des fractures; nous ne le suivrons pas non plus dans la réfutation qu'il fait de quelques objections émises par des praticiens opposés à la méthode. Nous ne dirons également rien d'un appareil à extension que l'auteur propose et que M. le professeur Baud a rapporté des hôpitaux de la marine française.

L'application du bandage permanent doit-il se faire immédiatement ou doit-on attendre quelques heures, quelques jours? Telle est la question que fait M. le docteur Van Meerbeeck qui se prononce pour l'application tardive. Il propose d'ailleurs un mode de solidification instantanées de l'appareil amidonné. Après la réduction, dit-il, appliquez sur le membre une ou deux couches de bandage de Scultet ou une bande roulée suivant qu'il peut être soulevé ou non; ensuite deux attelles de carton mouillées non enduites d'amidon; enfin une ou deux autres couches de bandelettes ou une nouvelle bande roulée. Pour éviter les déplacements on peut encore entourer ce bandage, de deux attelles de fort carton pas mouillé, dans le cas où l'on n'ait pas besoin de faire des irrigations ou des applications d'un liquide résolutif, ou bien si cette dernière médication est nécessaire, on remplacerait les cartons extérieurs par des fanons faits chacun de trois petits rouleaux réunis par des ficelles comme le propose M. Scutin dans son premier mémoire. L'appareil ainsi appliqué, on attend sa dessiccation qui a lieu au bout de quelques heures dans le cas où on n'emploie pas de liquide résolutif. Dans le cas contraire, la dessiccation a lieu quelque temps après la cessation de l'emploi de celui-ci. On obtient par ce procédé deux cartons secs, qui représentent un moule exact du membre et qu'il suffira de réappliquer en les enduisant, ainsi que les bandes ou banderolles, d'une solution amylacée ordinaire pour obtenir un bandage instantanément solide. Nous ne voyons pas trop l'utilité de la modification que propose M. Van Meerbeeck; car s'il applique primitivement un bandage contentif lequel est destiné à maintenir les fragments, pourquoi, en opposition avec MM. Scutin et Deroubaix, ne fait-il pas tout simplement l'application immédiate du bandage permanent, que l'on renouvelle si aisément et puisque dans les pansements

subséquents qu'il ne faut d'ailleurs opérer que quand il y a obligation, on doit mouiller de la solution d'amidon les cartons qui se sont moulés sur le membre, la différence de temps pour obtenir la siccité de ce que M. Van Meerbeeck appelle bandage immédiatement solidifiable, ne doit pas être considérable mesurée quant au bandage ordinaire permanent.

La thèse de M. le docteur Van Meerbeeck est très-intéressante. C'est l'histoire de l'appareil inamovible. Ce sont les discussions qu'a élevées parmi les praticiens, la renovation, la simplification de l'appareil. C'est son application étendue à un grand nombre d'affections chirurgicales. Nous vous proposons d'adresser à l'auteur des remercîments et le dépôt de l'ouvrage à la bibliothéque de la Société.

PYRMONTS MINERALQUELLEN. — LES SOURCES MINÉRALES DE PYRMONT;

Par M. le docteur R. BRANDES,

Directeur de la Société des Pharmaciens du Nord de l'Allemagne (1).

Cet ouvrage contient une description topographique, naturelle et médicale du comté de Pyrmont : on y donne l'analyse de toutes les sources, et on y trouve des observations minéralogiques et géologiques sur cette contrée.

Le grès bigarré s'élève à cent quarante pieds au-dessus de la vallée. M. Brandes subordonne au Muschelkalk supérieur des amas gypseux connus à Hehlen, Hohe, Brevorde. Le calcaire globulaire se montre rarement et imparfaitement dans la partie supérieure du Muschelkalk. Sur le Keuper vient le lias avec ses marnes; ce dépôt se forme sur tout le pays entre le Suntel et la Porta Westphalica. Autour de Pyrmont on ne trouve que des marnes bitumineuses micacées, qui sont recouvertes çà et là de grès marneux à pyrites et impressions. On trouve dans ces roches le Belemnites paxillosus et giganteus, des Ammonites amaltheus, hircinus, capricornus, etc., des Nautiles des Buccins, des Térébratules, des mytulites, le myacites musculoides et des Pentacrinites.

Au pied du mont Berno il y a un banc de calcaire grossier tertiaire. Cette roche chloritée et sablonneuse contient la Turritella conoïdea et brevis Sow., le Pecten textorius et asper de Lam., le Pectunculus pulvinatus, des Dentales, des Calyptrées, des Glossopètres et des Échi-

(1) MM. Meisser, *rapporteur*, De Losen et Rieken, *commissaires*.

nites. Des remarques sur la tourbe, le tuf calcaire, le fer limoneux, l'argile alluviale et le sable terminent ce qui est relatif à cette première section.

La seconde partie est une énumération de la flore phanérogame. La troisième contient des observations sur la Faune; la quatrième, tous les détails désirables sur les mofettes; la cinquième, la description des sources minérales; la sixième, l'origine de ces eaux et la septième un résumé des ouvrages publiés sur ce pays.

M. Brandes donne de nouvelles analyses des eaux acidules, acido-ferrugineuses ou salines de Pyrmont, et il cherche l'origine des unes dans des actions chimiques exercées sur les pyrites et les gypses du Zechstein couvert par le grès bigarré, tandis qu'il est enclin à regarder les eaux acidules et ferrugineuses comme des produits d'actions plutoniques.

Telle est l'analyse succincte de la topographie médicale de Pyrmont.

Les ouvrages de M. le docteur Brandes, ainsi que ses nombreux mémoires en sciences physiques, insérés dans le journal de la Société des pharmaciens du nord de l'Allemagne, dont il est le directeur, ont fait depuis un grand nombre d'années sensation dans le monde savant; ce n'est donc de notre part qu'un devoir que nous remplissons, en proposant à la Société de conférer à M. le docteur Brandes le titre de membre correspondant.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

APERÇU

DE LA CONSTITUTION MÉDICALE DU CANTON DE BEAURAING,

SUIVI

D'UN COUP D'OEIL SUR LES SYSTÈMES MÉDICAUX;

Par AUGUSTE SOVET,

Docteur en médecine et en chirurgie, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

> Vehementer certe optando foret ut medici casus in artis exercitio occurentes, præsertim nobiliores, plenissime consignare, atque hoc pacto artis medicæ incrementum promovere eniterentur. FRÉDÉRIC HOFFMAN.

I.

Esquisser et comparer entre eux les principaux systèmes médicaux qui guident aujourd'hui les médecins dans la pratique de leur art, et établir par l'expérience et le raisonnement quel est ou quels sont les systèmes les plus utiles en résultats pratiques, eu égard aux maladies régnantes en Belgique :

Telle est la question que votre honorable Société a proposée pour sujet d'un concours; elle exprimait en outre le désir que dans les mémoires on donnât autant que possible un aperçu topographique de chaque province, et un énoncé des moyens thérapeutiques qui semblent le mieux convenir aux diverses maladies qui y règnent. J'ignore s'il vous a été présenté un travail général répondant à vos désirs; dans tous les cas, comme le pays où je pratique la médecine est fort peu connu, j'ai cru qu'il ne serait pas inutile de vous adresser un aperçu de sa constitution médicale; si d'ailleurs ces exemples étaient imités par

un certain nombre de praticiens, il en résulterait une collection de mémoires qui atteindrait le but que vous vous êtes proposé.

Les Ardennes forment un pays tout particulier et peu exploré sous le rapport scientifique. Sous cette dénomination d'*Ardenne* on comprend ordinairement un département français, une partie du Grand-Duché de Luxembourg et deux cantons de la province de Namur. Mes relations avec mes confrères voisins me donnent lieu de croire que ces trois grandes portions se ressemblent non-seulement quant à la géologie et à la topographie mais aussi sous le point de vue médical; ainsi les résultats de mon observation pourraient s'appliquer aux Ardennes tout entières, mais ne sont pourtant rigoureusement vrais, en attendant d'autres témoignages, que pour le canton de Gedine et surtout pour celui de Beauraing où je réside.

Le canton de Beauraing (arrondissement de Dinant, province de Namur), est borné au nord par celui de Dinant, à l'est par celui de Rochefort et le Luxembourg, à l'ouest par la France et au midi par le canton de Gedine; il se compose de 26 communes contenant 9,500 habitants. Ceux-ci sont en général laborieux et sobres.

Une vallée riante forme le centre du canton et le traverse de l'est à l'ouest. Le reste du pays est occupé par des montagnes et des bois. Quelques ruisseaux arrosent les vallons; deux rivières, la Lesse à l'est, la Meuse à l'ouest, forment chacune un quart de cercle autour de l'extrémité nord du canton, et vont se réunir en dehors de ses limites. La pierre calcaire qui de Dinant vient finir près d'Ardenne et à Falmignoul, se trouve au centre à Dion, Javingue, Beauraing, Pondrome et Hounay; à l'exception de ces localités, le sol est généralement chisto-argilleux, ce qui fait que l'eau séjourne longtemps à sa surface et cause une humidité d'autant plus fréquente que les montagnes et les bois multiplient les pluies.

La température est habituellement d'un à deux degrés plus basse qu'à Bruxelles; le vent d'ouest et celui de sud-ouest sont ceux qui règnent le plus fréquemment. Les variations de température sont très-brusques. L'été offre lui-même des nuits et

des matinées très-froides. Le mois de juillet et en partie le mois d'août sont presque les seuls qui offrent de fortes chaleurs. Le climat est d'autant plus froid et le sol plus stérile que l'on s'approche davantage de l'extrémité méridionale, la différence se fait surtout sentir à la dernière limite du calcaire.

En passant rapidement en revue les principales affections du cadre nosologique, il est facile d'apprécier l'influence du climat sur la production et la fréquence de certaines maladies dans le canton.

L'appareil encéphalo-rachidien se montre rarement affecté soit primitivement soit consécutivement, à moins que chez de très-jeunes sujets au moment de la dentition; l'épilepsie est presque inconnue, la folie est très-rare; la forme la plus commune des névropathies est l'hystérie. Assez souvent j'ai l'occasion de l'observer chez des jeunes filles dont l'éducation a été plus soignée qu'elle ne l'est habituellement ici, et surtout chez celles qui sont en proie à des scrupules religieux. Les apoplexies ne se rencontrent que rarement et chez des personnes très-avancées en âge. On conçoit facilement que les affections du système nerveux soient infiniment moins fréquentes chez des cultivateurs laborieux qui exercent très-peu leur intelligence et dont la vie est presque entièrement végétative, qu'au sein des populations des villes qui se trouvent placées dans des circonstances tout à fait opposées.

L'ophthalmie est assez commune, elle revêt presque toujours la forme catarrhale, arthritique et surtout scrofuleuse. La plupart des cas sont bénins et résistent peu aux moyens ordinaires. Des soldats atteints de granulations et renvoyés dans leurs foyers ont été plusieurs fois soumis à mon observation, parfois l'affection m'a paru être favorablement modifiée par le retour au pays mais le peu de ressources pécuniaires des parents leur permet rarement de recevoir les soins nécessaires, de sorte que le traitement est nul ou incomplet et l'état granuleux persiste. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'employer la cautérisation avec le nitrate d'argent. Dans deux cas l'affection s'est transmise aux membres de la famille, une fois chez un milicien de Wincune, une fois à Barouville : dans ce dernier lieu l'on a observé que

toutes les personnes qui s'étaient servi du même linge que le milicien, ont contracté l'ophthalmie. Il en est parmi elles qui portent encore des granulations et qui se refusent à la cautérisation.

La stomatite aphtheuse a régné cette année dans plusieurs de nos communes parmi les bestiaux et en même temps parmi les enfants; aucune raison ne me porte à admettre la contagion ni l'infection, je me borne à constater la simultanéité. Une décoction légère de kina avec addition d'acide hydrochlorique, donnée en gargarisme a rapidement guéri ces enfants.

De toutes les maladies, les plus fréquentes dans ce pays sont celles de l'appareil respiratoire :

Les coryza, les angines gutturales et laryngées se rencontrent tous les jours mais n'offrent en général point de gravité; trois fois seulement j'ai eu l'occasion d'observer le croup et les malades étaient mourant lorsque je fus appelé.

Je n'ai jamais rencontré qu'un seul cas de pleurésie simple, en revanche nous avons presque tous les jours à traiter des pleuro-pneumonies très-graves, rarement on nous appelle avant que le poumon ne soit passé à l'hépatisation. Les saignées répétées autant que le permettent les forces du sujet et le tartre stibié à haute dose sont des remèdes dont nous constatons chaque jour les salutaires effets. J'ai publié dans le *Bulletin médical belge, Encycl.*, vol. de novembre 1834 et décembre 1835, un mémoire sur le dernier de ces moyens que je regarde comme agissant presqu'uniquement par les sécrétions qu'il provoque, sécrétions qui, à mon avis, non-seulement sont déplétives et révulsives mais qui servent aussi à empêcher ou à guérir l'altération du sang, résultat de l'inflammation pulmonaire. Depuis la publication du mémoire précité, une foule de nouveaux faits sont venu confirmer les opinions que j'ai émises à ce sujet.

Si, comme le docteur Ramadge le prétend, les rhumes fréquents, les courses précipitées dans les pays montagneux et froids, étaient propres à prévenir le développement de la phthisie, les habitants du canton de Beauraing seraient sous ce rapport dans les circonstances les plus avantageuses, mais malheureusement l'expérience dément la théorie ingénieuse du médecin an-

glais précité et la phthisie exerce dans ce canton des ravages plus multipliés que dans d'autres pays. Cette terrible maladie suit quelquefois une marche très-rapide ; le plus souvent c'est lorsqu'elle a été exaspérée par des remèdes incendiaires, vendus par des charlatans sous les yeux de nos autorités communales, que l'on soumet les malades à notre observation. Sans me laisser décourager par les insuccès, j'ai tenté tous les moyens préconisés et jamais je n'ai obtenu de guérison solide ; dans certains cas j'ai arraché à une mort imminente des phthisiques tombés dans le plus affreux marasme ; j'ai obtenu trois fois la cicatrisation de cavernes bien reconnues par l'auscultation, mais au bout de quelques mois, de quelques années même, ces individus qui probablement conservaient des tubercules crus, continuant à se trouver soumis à des influences délétères, ont de nouveau été affectés de phthisie et ont succombé. Ces résultats seraient propres à nous jeter dans le découragement, si des exemples de guérison durables n'avaient été constatés par d'autres, et si M. Rogée dans les mémoires importants qu'il vient de publier ne ranimait fortement notre espoir par les preuves irrécusables de tant de guérisons de tubercules. Quant au traitement qui m'a paru le plus propre à améliorer la position des phthisiques et à leur faire gagner le temps nécessaire pour que la nature travaille à la cicatrisation des cavernes, le voici : je n'emploie les émissions sanguines qu'avec beaucoup de modération et seulement dans la première période, j'écarte autant que possible tout ce qui pourrait faire naître des pneumonies ou des bronchites intercurrentes, des gastrites et des entéro-colytes, si celles-ci surviennent je les combats par des émollients et surtout des lavements amylacés et opiacés ; je veille le plus possible sur l'hygiène du malade, je lui prescris dans les saisons convenables des promenades journalières et des petites occupations qui ne le fatiguent point, je le soumets à un régime nutritif exempt de tout excitant, viandes rôties, bouillons, quelques végétaux, des œufs, du laitage, privation de toute épicerie, de vin et de toute boisson alcoolique ; aux moindres apparences de frisson, de chaleur et de sueurs, je le mets à l'usage de pilules composées de sulfate de quinine et de doses fractionnées d'opium ; ce dernier remède

m'a rendu les plus grands services et toujours il a eu une action favorable; c'est à lui que j'attribue les guérisons temporaires que j'ai obtenues. L'acide hydrocianique m'a aussi paru très-utile; enfin, j'ai renoncé aux révulsifs douloureux qui presque toujours aggravent les symptômes, rarement j'ai recours à de petits vésicatoires, ou à des cautères passagers établis à l'aide du caustique de Vienne, quelquefois j'entretiens un cautère au bras, plus souvent je fais naître des éruptions sur le thorax au moyen de frictions avec une solution d'extrait alcoolique de daphne mezereum; ces révulsifs légers m'ont paru offrir plus d'avantage et infiniment moins d'inconvénients que les larges vésicatoires, les sétons et la pommade d'Autenrieth, qui presque toujours allument ou exaspèrent la fièvre hectique, or c'est précisément celle-ci que je tâche toujours de prévenir ou d'éteindre, car ne pouvant agir directement sur la lésion organique, je ne vois rien de mieux à faire que de combattre les symptômes les plus fâcheux.

Autant les inflammations de l'appareil respiratoire sont fréquentes dans ce pays, autant sont rares les inflammations franches du tube digestif et du système cutané externe; cela s'explique par le climat le plus souvent froid. La peau et la muqueuse des voies respiratoires semblent être dans un antagonisme constant, tandis que la peau et la muqueuse du tube digestif sont synergiques, c'est pour la même raison que l'on observe sous le ciel brûlant du tropique des gastro-entérites si graves et si fréquentes.

Les affections de l'estomac qui se rencontrent le plus souvent ici sont des gastrodynies et des gastralgies; les premières sont souvent sous l'influence d'un rhumatisme qui se fixe tantôt sur un organe tantôt sur un autre; les secondes sont fréquemment liées à un état atonique du viscère, dépendant d'un allaitement trop longtemps prolongé, des ménorrhagies fréquentes, de flux vaginaux abondants ou de l'usage d'aliments relâchants tels que l'eau chaude légèrement chargée de café, la pomme de terre, etc., qui composent presqu'uniquement la nourriture de beaucoup de campagnards.

En général la gastrite est rare et n'exige que peu d'émissions

sanguines et une courte diète, souvent même de très-légers toniques sont nécessaires pour rétablir les fonctions digestives.

Les diarrhées sont très-communes mais passagères et bénignes, et sont plutôt dues à un relâchement déterminé par le froid humide qu'à une véritable irritation de la muqueuse.

Avant de parler des gastro-entérites, il serait assez nécessaire d'expliquer ce qu'on veut désigner sous cette dénomination, car dans l'état actuel de la science, il n'est certes plus permis de donner ce nom à toutes les affections que naguère on appelait ainsi. Si l'on veut désigner cet état simple d'un malade offrant une langue rouge, de la soif, de la sensibilité à l'épigastre, de la fréquence dans le pouls et de la chaleur à la peau, un peu de diarrhée ou de la constipation, je dirai que la gastro-entérite est assez rare et guérit très-bien sous l'influence des émissions sanguines et des émollients externes et internes; mais si sous ce nom l'on veut comprendre les affections autrefois désignées sous celui de fièvre muqueuse, adynamique ou ataxique, on la rencontre fréquemment dans ce canton et presque toujours à l'état épidémique. Beauraing a été ravagé par elle, en 1832, Froidefontaine, Pondrome, Sevry, Waulin, Houyet, en ont tour à tour été infectés depuis lors et l'année dernière, j'ai encore eu l'occasion d'en observer douze à quinze cas à Beauraing et autant à Felume. C'est la fièvre typhoïde des auteurs modernes, sur laquelle on a écrit et l'on écrit encore tant de brillantes pages sans pouvoir se mettre d'accord. Je n'ai pas la prétention de porter le flambeau dans le dédale des opinions si divergentes émises à ce sujet, ni de les rallier toutes à la mienne, mais il m'a toujours paru à moi comme à d'autres, que l'on pêchait par confusion et souvent faute de s'entendre sur des mots; quoi qu'il en soit, comme ce n'est pas dans un mémoire de la nature de celui-ci qu'il convient d'entrer dans cette vaste discussion, je me bornerai à résumer ma manière de voir : je distingue dans les affections typhoïdes deux choses importantes, les *symptômes typhoïdes* et la *lésion organique locale.* Les symptômes typhoïdes sont pour moi l'expression d'une altération du sang agissant sur le système nerveux principalement et sur tous les solides en général; je les rencontre dans la phlébite, dans la

fièvre de résorption, dans les métro-péritonites, quelquefois dans les pneumonies, souvent dans les entérites folliculeuses. Ils sont consécutifs à la lésion organique dans toutes ces affections. Quant à la dernière pourtant, il y a doute dans mon esprit; lorsque je considère que toutes les causes de ces entérites typhoïdes sont des causes infectantes, agissant principalement sur la composition du chyle ou du sang; je suis porté à me demander s'il n'y a pas là un phénomène analogue aux vomissements et aux diarrhées provoquées par un empoisonnement (1), et si la supersécrétion et par suite la surexcitation et l'inflammation des glandes de Peyer ne sont pas, dans la plupart des cas, le résultat de l'effort que fait l'organisme pour se débarrasser d'un miasme ou matière délétère; je sens tout ce qu'il y a d'hypothétique dans cette étiologie de l'entérite; mais j'ai vu si souvent le trouble général, les symptômes typhoïdes précéder les signes d'inflammation abdominale, mais il est si difficile de se rendre compte de ce trouble par l'irritation de quelques plaques superficielles, irritation que l'autopsie n'a pas toujours démontrée, qu'on est naturellement porté à remonter plus haut et à chercher ailleurs la cause primitive de la maladie.

Quant au traitement de la fièvre typhoïde qui m'a le mieux réussi dans toutes les occasions, il peut se résumer par ces quatre indications principales : 1° Soustraire le malade aux causes infectantes, auxquelles je le trouve souvent exposé, par la propreté de tout ce qui l'entoure, les changements fréquents de literies, le renouvellement de l'air et la fumigation de chlore; 2° Modérer la réaction et combattre les congestions qui ont lieu vers les principaux organes par une ou deux saignées générales chez les sujets robustes et des émissions sanguines locales chez les individus faibles; calmer ou prévenir l'entérite par les mêmes moyens et surtout par des cataplasmes émollients très-souvent renouvelés par des lavements de même nature administrés trois ou quatre fois par jour et surtout par de l'eau froide administrée à petits coups et le plus souvent possible, ce dernier moyen est

(1) Ces déjections ont lieu même lorsque le poison a été injecté dans les veines et ne sont pas toujours provoquées par l'irritation immédiate produite sur les viscères qui contiennent la matière vénéneuse.

celui qui me paraît le plus utile et à qui j'ai dû le plus de guérisons; 3° Révulser sur les extrémités inférieures par des cataplasmes chauds entretenus avec soin et quelquefois saupoudrés de farine de moutarde, afin de prévenir ou de guérir les congestions encéphaliques ou pulmonaires. Ce n'est que dans les cas graves que j'ai recours aux vésicatoires aux mollets et à la nuque et à la glace sur la tête; 4° Enfin vers le déclin de la maladie, je favorise autant que possible les sécrétions de la peau et des reins en continuant les boissons abondantes, en prescrivant des frictions sèches sur tout le corps et même en plaçant sous la couverture des briques chauffées et enveloppées de linges imbibés d'oxicrat, moyen très-propre à solliciter une douce diaphorèse par la vapeur qui baigne tout le corps du malade.

J'ai essayé plusieurs fois les purgatifs jamais au début mais après la période inflammatoire, où, lorsque le cerveau était spécialement pris, dans le premier cas ils n'ont produit aucun effet ni en bien ni en mal; dans le second, ils ont deux fois aggravé la situation du malade et hâté sa mort, une fois ils ont produit un bien passager qui s'est aussitôt démenti, une fois enfin, ils ont puissamment contribué à la guérison en faisant cesser les symptômes cérébraux. Pendant l'épidémie qui, en 1832, a fait tant de victimes à Beauraing, le médecin qui a traité les 2/3 des malades, a presque chaque fois commencé le traitement par l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif; à mon arrivée, j'ai été à même d'observer les funestes effets de cette médication, je m'en suis totalement abstenu, quelques émissions sanguines et l'eau froide surtout ont été les seuls moyens que j'ai employés, et sur 62 malades auxquels j'ai donné des soins, je n'en ai perdu qu'un seul qui était au 22me jour de la maladie lors de mon arrivée. Certainement, il faut tenir compte dans ce résultat de l'époque de mon arrivée, l'épidémie était sur son déclin; il n'en est pas moins vrai que parmi mes malades, il s'en trouvait beaucoup présentant les symptômes les plus graves, et lorsque je quittai Beauraing, où je n'étais alors que délégué de la commission provinciale, je laissai à peine deux ou trois malades auxquels il vint se joindre cinq nouveaux cas, et de ces

sept à huit derniers malades remis à l'ancien traitement, il en périt quatre.

Je n'ai jamais essayé les purgatifs administrés coup sur coup comme on le fait à l'hôpital Necker, mais je suis porté à croire que parmi les cas où on nous dit qu'ils réussissent, il se trouve beaucoup d'embarras gastriques improprement appelés fièvre typhoïde; d'un autre côté, Broussais avouait lui-même la puissance antiphlogistique des supersécrétions, de plus, tous les jours nous voyons des topiques irritants guérir des ophthalmies même aiguës, et j'aurais certes plus de confiance dans des purgatifs répétés qui nécessairement agissent sur la masse du sang puisqu'ils en extrayent les matières supersécrétées, que dans un seul évacuant qui administré dans le flagrant de la réaction inflammatoire, a tous les inconvénients des irritants sans pouvoir amener grand bénéfice.

J'ai vu administrer le sulfate de quinine, il a réussi dans certains cas où l'affection avait pris le type intermittent ou fortement rémittent; d'autrefois dans des cas semblables il n'a rien produit, dans plusieurs cas il a été nuisible.

Les toniques et les excitants (kina et arnica) ont été nuisibles ou au moins n'ont pas empêché la mort dans les cas graves, ils ont réussi quand chez des individus épuisés, languissants, en proie à des spasmes, ils ont provoqué une secousse suivie de réaction et d'évacuations salutaires; j'ai vu deux fois la décoction d'arnica déterminer des épistaxis et des sueurs qui ont jugé la maladie.

Je n'ai jamais employé les saignées coup sur coup, j'ai saigné assez copieusement des individus robustes et pléthoriques, je n'ai pas saigné les individus faibles et cacochymes, et m'en suis bien trouvé.

En résumé, je regarde la maladie que l'on est convenu d'appeler fièvre typhoïde, comme une affection complexe dans le sens de l'école de Montpellier, je regarde l'eau froide comme le seul moyen qui convienne à tous les typhoïsés, et je crois que tous les autres moyens ne peuvent nullement être préconisés comme méthode exclusive et qu'il faut avoir égard, quant à leur choix, aux circonstances individuelles, à la lésion organique pré-

dominante et à l'époque de la maladie. J'abandonne ce sujet sur lequel il y a tant de choses pratiques à dire et qui mériterait à lui seul un mémoire tout entier, j'ajouterai seulement que des faits irrécusables et multipliés m'ont prouvé à l'évidence que les miasmes dégagés par les malades gravement atteints peuvent par leur absorption causer la même maladie chez les individus qui n'en ont jamais été affectés. J'ai vu une seule femme à Houyet devenir un foyer d'infection pour tout le village.

Jadis existait entre Beauraing et Barouville un vaste étang que l'été convertissait en un marais fangeux, à cette époque tous les environs offraient constamment de nombreux cas de fièvre intermittente, depuis le desséchement de cet étang on en rencontre à peine un ou deux par années, et de pernicieuse qu'elle était, cette fièvre se montre aujourd'hui très-bénigne et exige rarement plus de dix à quinze jours et 20 à 40 grains de sulfate de quinine pour sa guérison complète.

J'ai déjà dit que les phlegmasies cutanées sont rares dans ce pays, et je crois en avoir trouvé la véritable cause dans le froid humide qui tient presque constamment la peau dans un état asthénique. La gale se rencontre assez souvent chez les gens malpropres, et de toutes les méthodes curatives que j'ai expérimentées, celle qui m'a paru la plus commode et la plus expéditive est celle de Pithorel. Un fait bien remarquable c'est que les maladies qui se montrent ici les plus rares à l'état sporadique sont les seules qui apparaissent à l'état épidémique. Nous venons de parler des entérites folliculeuses se montrant fréquemment épidémiques, tandis que les gastrites et les entérites sporadiques sont très-rares, maintenant nous signalerons la rougeole et la scarlatine que je n'avais jamais observées ici sous forme sporadique pas plus que la variole ni la varicelle et qui depuis un an et demi parcourent le canton, sous la forme d'épidémies plus ou moins meurtrières selon la saison et les localités. La rougeole s'est montrée très-grave pendant l'hiver dernier et surtout dans les endroits bas et humides où elle était compliquée d'angine et de stomatite gangréneuse. Une remarque que j'ai faite partout, c'est que la crainte du froid a fait tomber beaucoup de parents dans un excès contraire et également nuisible aux enfants. La

température constamment très-élevée où on les a tenus, a déterminé chez beaucoup d'entr'eux des congestions cérébrales dont plusieurs ont été mortelles. Je n'ai jamais hésité à combattre par des sangsues les phlegmasies fixées sur les organes importants et j'ai eu le plus souvent lieu de m'en applaudir; l'acide hydrochlorique étendu d'eau a facilement fait disparaître les plaques gangréneuses de la bouche et du pharynx; des bains généraux, des cataplasmes, des lavements, rarement un léger purgatif et des boissons légèrement diaphorétiques ont composé le reste du traitement.

Les métro-péritonites sont rares chez nos accouchées, un endroit bas et humide, Focau, en fournit plus de cas que le reste du canton; pour les combattre j'emploie un traitement mixte, je débute par les sangsues appliquées à la vulve et à l'hypogastre et par des frictions mercurielles sur tout le ventre et à la partie interne des cuisses. Ce n'est qu'après avoir tenté ces moyens que j'emploie le calomel à l'intérieur selon la méthode de votre illustre compatriote Vandenzande dont je modifie pourtant la formule en réduisant à 1/2 ou 1/4 de grain, la quantité d'extrait de jusquiame pour chaque dose; ce qui m'a porté à faire cette réduction, c'est que j'ai vu, de la dose ordinaire administrée par un confrère distingué, résulter un véritable empoisonnement qui a emporté la femme en quelques heures.

Malgré la prédominance de la constitution scrofuleuse des habitants de ce canton, les difformités du bassin sont rares et je n'ai observé jusqu'aujourd'hui qu'une exostose assez volumineuse dans la concavité d'un sacrum; aussi n'ai-je jamais dû recourir qu'aux applications de forceps où à la version pour terminer les accouchements laborieux qui se sont présentés dans ma pratique; j'emploie assez fréquemment le seigle ergoté et j'en retire généralement de très-bons effets, pourtant plusieurs faits me portent à croire qu'il expose à un grand inconvénient lorsque la sortie de l'enfant suit de près son administration, je veux parler de l'enchatonnement du placenta. Il semble que continuant à déterminer de vives contractions de l'utérus, il devrait hâter l'expulsion de l'arrière-faix; le contraire a eu lieu plusieurs fois sous mes yeux. La matrice se contractait en effet,

mais principalement à sa partie moyenne ou inférieure et formait ainsi une calebasse dans la partie supérieure de laquelle le placenta restait emprisonné. Une question qui n'est pas encore bien décidée est celle de savoir si, après avoir attendu un temps convenable, exercé des frictions sur l'épigastre, des tractions modérées sur le cordon, etc., on doit procéder à la délivrance artificielle ou l'abandonner à la nature? Cédant aux sollicitations d'un confrère, une seule fois je me suis abstenu d'extraire et bientôt l'accouchée a succombé à une phlébite utérine provenant du contact et de l'absorption du placenta en putréfaction; depuis lors, j'ai toujours fait l'extraction et cela plus de trente fois, et je n'ai jamais eu à déplorer aucun accident.

Les gonorrhées et la syphilis sont pour ainsi dire inconnues dans ce pays. Les fleurs blanches y sont au contraire très-communes; dans presque tous les cas où les personnes qui en étaient atteintes ont consenti à se soumettre à l'exploration à l'aide du spéculum, j'ai reconnu qu'elles étaient causées ou entretenues par des ulcérations, ou des espèces de bourgeons rougeâtres existant sur le col de l'utérus; quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, des injections d'eau fraîche et un régime approprié m'ont procuré des guérisons rapides et durables; ces bourgeons de la muqueuse vaginale me semblent analogues aux granulations des paupières.

Le rhumatisme est le mal le plus généralement répandu dans le pays, il n'échappe pas un individu sur dix aux atteintes de cette maladie. Rarement il se montre à l'état aigu, dans ce cas les saignées générales, le tartre stibié ou l'antimoine diaphorétique à haute dose nous réussissent très-bien. Deux fois nous avons constaté la coexistence de la péricardite signalée par M. Bouillaud, et nos malades ont guéri sans que nous ayons dirigé aucun moyen particulier contre cette complication. Le rhumatisme se montre plus fréquemment sous la forme chronique, reste fixé sur une région quelconque ou parcourt divers plans musculaires, ou les articulations, ou les viscères; récemment nous avons observé un cas de rhumatisme de l'utérus dans l'état de vacuité, entièrement semblable à ceux relatés par le savant Dezeimeris dans son journal l'Expérience. C'est aussi au rhu-

matisme que je suis porté à rapporter ces névralgies, soit du nerf sciatique soit des nerfs faciaux et crâniens qui sont causées et remplacées tour à tour par des souffrances ressenties dans des muscles ou des articulations; la connexion de ces affections a très-bien été établie par M. Reveillé-Parise dans ses articles du Bulletin de thérapeutique générale. L'huile essentielle de térébenthine en lavement m'a réussi plusieurs fois dans les sciatiques, le sous-carbonate de fer à doses progressives jusqu'à ʒj par jour, et l'acétate de morphine par la méthode endermique m'ont paru les remèdes les plus efficaces contre les névralgies des nerfs faciaux et dentaires.

La goutte est excessivement rare dans ce pays, dans le dernier cas qui s'est présenté à mon observation, j'ai vu les meilleurs effets résulter de l'administration de la résine de gaïac, c'est à mon avis le remède le plus efficace contre cette maladie rebelle.

Les tumeurs blanches ne sont pas rares chez les individus scrofuleux à l'époque de la seconde dentition ou aux approches de la puberté, je me suis toujours bien trouvé dans ces cas d'agir sur l'économie générale par des modifications appropriées et je suis parvenu en suivant cette méthode à guérir des tumeurs qui avaient résisté à un long traitement topique. J'ai expérimenté dans un seul cas la compression au moyen des bandelettes agglutinatives récemment préconisées par le professeur Delavacherie, de Liége (voyez *Annales de la Société de médecine de Gand*), le succès n'a pas répondu à mon attente, la tumeur a été résolue avec une rapidité étonnante mais presqu'aussitôt le malade a succombé après avoir craché du sang et du pus, et offert tous les symptômes d'un abcès métastatique dans la partie inférieure du poumon droit. Je publierai cette observation avec tous ses détails et les réflexions qu'elle m'a suggérées.

Le scorbut ne se montre point dans nos localités, je n'appelle pas scorbut cette lésion locale des gencives consistant dans leur ramollissement, leur aspect sanieux et l'odeur infecte de la bouche, lésion qui ne s'accompagne point de cacochymie générale et qui cède très-bien aux gargarismes de raifort ou de quinquina avec addition de chlorure d'oxyde de sodium.

Les scrofules sont endémiques dans la plupart des localités du

canton, où ils ont reçu le nom de *mal commun.* M. Baudelocque dans les derniers mémoires qu'il a publiés sur cette maladie prétend que son unique cause déterminante est la respiration d'un air vicié; cette opinion, nous ne craignons pas de le dire, est complétement erronée et provient de ce que le savant professeur de Paris n'a eu l'occasion d'observer que de malheureux enfants vivant dans des caves ou des chambres resserrées des rues populeuses de sa capitale, mais si comme nous il observait ces fils de nos campagnards dont les habitations sont ouvertes à tous les vents dans presque toutes les saisons, qui passent les trois quarts de leur vie en plein air, dans les champs et dans les bois où encore à la mamelle ils sont portés par leurs mères qui le plus souvent partagent avec leurs maris les plus rudes travaux de l'agriculture, où ils les suivent dès qu'ils savent marcher, où ils vont travailler eux-mêmes dès qu'ils ont acquis la moitié de leur développement; si comme nous il les voyait malgré l'air libre qu'ils respirent sans cesse, en proie dès leur plus tendre jeunesse à tous les maux produits par la cachexie scrofuleuse, il serait contraint d'avouer qu'il faut chercher ailleurs d'autres causes tout aussi efficientes que la respiration d'un air trop rarement renouvelé et il les trouverait, ces causes, dans la malpropreté dans laquelle ces enfants croupissent, dans l'alimentation malsaine et trop peu réparatrice qu'on peut à peine leur procurer, dans le froid humide qui les macère les neuf douzièmes de l'année; ce qui prouve mon assertion, c'est que si au milieu de ces familles pauvres une personne aisée prend un enfant qu'il conserve comme domestique ou autrement, et qui trouve chez elle des aliments sains, des vêtements propres et des sources de réaction contre le froid humide, on voit cet enfant qui respire le même air que ses frères, se développer et se fortifier plutôt qu'eux et échapper à la cachexie scrofuleuse qui les infecte.

Le traitement des scrofules est très-difficile pour ne pas dire impossible chez beaucoup de mes malheureux clients parce que rarement on peut les soustraire à l'influence des causes délétères et les entourer des précautions hygiéniques convenables. Ces précautions, l'usage des amers, des martiaux, de l'iode à petites doses sont les remèdes que j'emploie. J'ai aussi retiré de bons

effets de l'usage de l'huile de foie de morue depuis que l'intéressant mémoire de M. Gouzée m'a fait mieux connaître son efficacité; mais j'avoue que les observations publiées par M. Hoebeke m'ont rendu plus circonspect sur son administration, surtout chez les personnes du sexe.

Le choléra asiatique n'a pas envahi ce canton, j'ai seulement observé un cas de choléra sporadique présentant les symptômes les mieux tranchés, à l'exception pourtant d'une anomalie bien singulière : il n'y avait point de cyanose mais une matière ressemblant à la matière colorante du sang, sortait avec les urines; j'en ai publié l'observation dans le *Bulletin médical belge* du mois d'octobre 1836.

Les femmes fournissent les deux tiers des cas morbides que nous observons chez les adultes et les adolescents; ce résultat s'explique par le défaut de précautions lors de la puberté, pendant la menstruation, à la suite des couches et à l'époque critique.

D'après les relevés statistiques que je fais depuis quelques années, il meurt dans le canton, année commune, un individu sur quarante-cinq.

La fin de l'hiver et le printemps sont les époques où les malades sont le plus nombreux, les mois de septembre et d'octobre sont ceux où ils sont le plus rares. M. Lombard, à Genève (*Annales d'hygiène*, année 1832) et M. Quetelet, à Bruxelles (*Annales d'hygiène, Encyclographie*, vol. XIII, 1re série), ont constaté que les décès atteignent leur degré de maximum au mois de janvier et leur minimum en juillet, il n'en est pas de même ici si j'en juge par les deux tableaux suivants indiquant les décès pour chaque mois en 1836 et 1837.

1836.

Janvier.	Fév.	Mars.	Avril.	Mai	Juin.	Juill.	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
24	18	43	18	16	15	19	8	9	9	15	15

1837.

20	21	46	18	13	18	21	10	6	5	20	17

Le froid du mois de janvier est moins nuisible dans notre pays

que celui du mois de mars parce que s'il est plus rigoureux, il est toujours plus sec; d'un autre côté; les phthisiques sont nombreux dans ce canton et l'on sait généralement que la fin de l'hiver leur est nuisible; quant aux chaleurs de juillet, elles sont loin d'être toujours bienfaisantes parce qu'elles n'empêchent pas les nuits d'être très-froides et elles amènent ainsi des variations de température contre lesquelles on ne se prémunit pas assez, enfin, j'ai observé que les phthisiques supportaient aussi avec difficulté les ardeurs de la canicule; les mois où la température est la plus régulière, où la chaleur est la plus sèche sont les mois d'août, de septembre et d'octobre, aussi voyons-nous les malades et les décès diminuer de beaucoup pendant ces mois privilégiés.

II.

Pour compléter ce mémoire, il me reste à jeter un coup d'œil rapide sur l'état de la science médicale, sur les diverses écoles qui s'en disputent l'empire et sur l'avenir que nous pouvons espérer pour elle.

La médecine naquit de l'expérience, les hommes souffrants cherchèrent à soulager leurs maux et conservèrent et se transmirent le souvenir des moyens qui leur avaient réussi pour atteindre ce but; peu à peu on ne se contenta plus de retenir ces faits, on les compara et on chercha à les expliquer, de là naquirent les théories; mais les faits ne furent pas toujours interprétés de la même manière, les mêmes principes de philosophie ne furent pas toujours en vogue, l'étude d'une science accessoire tantôt prévalut sur toutes les autres, tantôt fut abandonnée, de là naquirent les systèmes.

L'humorisme, le solidisme, le vitalisme et le matérialisme triomphèrent tour à tour et furent détrônés; mais au milieu de ce conflit, des vérités d'observation, des vérités pratiques étaient abondamment acquises à la science et il est probable que malgré les opinions exclusives plus ou moins bizarres, tour à tour préconisées dans les écrits, de tout temps les hommes judicieux n'ont guère tenu à ces systèmes que d'une manière scholastique et qu'en pratique ils se guidaient principalement sur l'expé-

rience (1) et l'observation des cas particuliers; c'est ainsi qu'en dehors de tous les systèmes *il existe un corps de doctrine médicale à la fois perenne et progressive qui dure depuis Hippocrate jusqu'à nos jours* (M. Broeckx, *Discours sur l'histoire de la médecine*). Que de vies d'hommes ont été dépensées en études laborieuses, que de travaux ont été entrepris, que de volumes ont été entassés, que de paroles éloquentes ont été proférées par des maîtres savants, que d'efforts, enfin, ont été faits pour aggrandir le domaine de la science médicale? et pourtant, avouons-le, nous avons fait des progrès, mais ils ne sont pas en raison du temps ni du travail qu'ils ont coûtés! Que de fois un amour-propre aveugle, des discussions de mots, des intérêts personnels, des vues étroites et systématiques, n'ont-ils pas sacrifié la vérité à l'erreur et causé d'immenses préjudices à la science et à l'humanité? Aujourd'hui une sorte d'apathie, nous dit-on, ou plutôt d'anarchie règne parmi les praticiens! le septicisme qui s'empare de tout dans ce siècle s'empare aussi des médecins. Cette dernière assertion est vraie jusqu'à un certain point et nous devons nous en féliciter, car le septicisme nous sauvera des excès et des doctrines exclusives; quant à l'apathie, elle n'existe point et la république médicale me semble plutôt partagée en partis qui, travaillant chacun de leur côté, finiront un jour par se réunir et apporteront chacun à la science le tribut de leurs travaux et de leurs recherches. Broussais, ce génie puissant qui a remué de fond en comble l'édifice médical, n'a pas effacé les leçons du passé, les résultats de ses travaux débarrassés des erreurs causées par l'esprit de système, resteront acquis à la science, et si son école n'a pas entièrement réalisé les espérances que promettait son beau titre d'école physiologique, il n'en est pas moins vrai qu'elle a ouvert une voie nouvelle et aggrandi le domaine du rationalisme. Aujourd'hui l'école anatomique travaille sans relâche et nous acquiert des matériaux précieux pour la connaissance du siége de certaines maladies et pour le perfectionnement du diagnostic; mais, me dira-t-on, c'est une route trompeuse

(1) Au lit du malade, disait Baglivi, j'oublie Baglivi et ne me souviens que de mon Hippocrate.

qu'elle ouvre à la science et c'est une grave erreur que de faire reposer la médecine tout entière sur les lésions cadavériques! sans doute, mais l'école anatomique ne comprend pas toute la médecine, et jamais des autopsies, quelques nombreuses qu'elles soient, ne feront oublier que pour avoir ou pour acquérir une connaissance exacte d'une maladie, il faut d'abord en rechercher les causes, étudier leur mode d'action sur le corps et les relations de cette action non-seulement avec les symptômes morbides locaux, mais avec la manière d'être de tout l'individu malade, puis observer la marche de l'affection, ses phénomènes primitifs et ses phénomènes secondaires, les modifications successives qu'elle détermine dans nos solides et dans nos liquides, enfin avoir égard à l'action du temps et des remèdes. C'est seulement après ces diverses appréciations que d'autres feront, si les anatomo-pathologistes ne le font pas, que l'on décidera si telle lésion organique détermine tels ou tels symptômes ou si telle maladie des solides ou des liquides laisse après elle telle lésion cadavérique.

Nous avons une école numérique, elle amènera plus de précision dans les observations, elle classera les faits en catégories plus ou moins bien tranchées, elle substituera des nombres à des adverbes et rendra le langage médical plus précis, mais jamais en supputant des malades comme des unités, elle ne parviendra à nous imposer des formules inflexibles et à nous empêcher d'approprier le choix et la force de nos moyens thérapeutiques aux circonstances particulières du cas que nous avons à traiter; malgré leurs prétentions bien ou mal déguisées, les médecins *numériques* n'agissent pas autrement que nous au lit des malades.

Nous avons des médecins qui vont jusqu'à prétendre que presque tous nos maux proviennent d'insectes plus ou moins singuliers qui se logent dans nos tissus et dans nos liquides, et qui vantent le camphre comme le moyen préservatif et curatif de toutes les maladies; la science, qui n'a rien à perdre à ces rêves, a beaucoup à gagner aux recherches laborieuses de ces hommes qui, armés des instruments les plus parfaits qu'offrent la physique et des réactfs puissants de la chimie, portent l'analyse et l'examen dans les parties les plus tenues de la fibre or-

ganique, d'autres semblent oublier tout principe immatériel de vie et ramènent presque tous les actes de notre organisme aux lois de la physique; de ces recherches consciencieuses résulteront des découvertes réelles pour notre physiologie.

A un solidisme outré a succédé une tendance vers l'humorisme, peut-être dépasse-t-on déjà, sous ce rapport, les bornes de la vérité, mais au moins l'observateur ne perdra plus de vue, comme on l'a fait trop souvent, une partie essentielle de notre corps, le sang qui le nourrit et les liquides qui en sont sécrétés, on étudiera mieux les qualités de ce sang et les modifications qu'il subit, tandis que naguère on avait à peine égard à sa qualité; on recherchera la cause et le mécanisme des sécrétions normales et anormales et leur influence sur l'homme sain et sur l'homme malade, tandis qu'on respectait à peine les évacuations qui amènent ou signalent le retour à la santé.

Il n'est pas jusqu'à l'absurde homœopathie qui n'amènera des améliorations dans notre matière médicale!

Je n'ignore pas qu'il existe des questions graves qui séparent la médecine, et qu'il importerait extrêmement de résoudre, de ce nombre est celle de la *nature médicatrice, de la force vitale,* et de l'activité plus ou moins grande du traitement : sur ce point même il y a déjà un rapprochement marqué entre presque tous les praticiens : Broussais lui-même dans son Traité de physiologie appliquée à la pathologie, n'oppose-t-il pas aux matérialistes les arguments les plus concluants en faveur de la force vitale : « La force ou puissance vitale, s'écrie-t-il, préexiste donc » nécessairement aux propriétés ou pour mieux dire à la pro- » priété fondamentale des tissus, elle commence par la créer, » ensuite elle s'en sert comme d'instrument pour se procurer » les matériaux avec lesquels elle travaille constamment à la » composition du corps vivant, etc., etc. » Plus loin il ajoute : « Toute maladie est vitale dans son commencement! » Eh bien! cette force qui travaille et qui forme le corps vivant, qui le fait agir, qui conserve l'organisme dans l'harmonie la plus parfaite dans l'état de santé, cesserait-elle son action dès que le corps est malade? Cette force qui est conservatrice ne l'est-elle pas en tout temps ? Ne voyons-nous pas tous les jours des maladies qui

guérissent sans remède, ne faut-il pas en conclure qu'il y a dans l'homme malade, jusqu'à un certain point, une tendance naturelle à la guérison? eh bien! c'est cette tendance qu'il faut constater et qu'il est important d'apprécier dans la pratique; il ne s'agit pas de la personnifier, de lui prêter des calculs et des combinaisons, on constate le fait, voilà l'important, et je pense que sur ce point on est généralement d'accord. Après cela, il y a deux excès opposés à éviter, l'un est de se fier en aveugle à cette force conservatrice, l'autre est de ne point la prendre en considération. Or, sur ce point même il y a rapprochement, car, à l'exception de quelques jugulateurs de maladies, nous avons entendu dire par les membres les plus distingués des écoles physiologiques et anatomiques qu'on ne jugule point les maladies et qu'il fallait être modéré dans les coups qu'on leur porte si on ne veut courir le risque de frapper sur le malade; d'un autre côté, les partisans les plus avoués de la doctrine hippocratique ne se dissimulent point les dangers de la réaction de cette force conservatrice contre le principe morbide : « Le mouvement fébrile en lui-même, nous dit Cayol, est un agent très-actif de désordre soit à cause des altérations qu'il produit dans le sang et dans les humeurs qui en émanent, soit à cause des congestions inflammatoires locales qu'il détermine, d'où résultent des complications et des accidents sans nombre, comme on le voit dans les fièvres graves et prolongées; » plus loin il ajoute : entre la nature médicatrice et la nature homicide, il n'y a parfois que l'épaisseur d'une aponévrose. De ces expressions, il est facile de conclure qu'il faut modérer cet agent de désordre, qu'il faut par des moyens appropriés lui enlever la possibilité de nuire et le réduire à la seule force nécessaire pour amener la guérison. Au fond de ces discussions, n'y a-t-il pas plutôt divergence dans les mots que dans les indications, et en résumé, n'en revient-on pas toujours à saigner dans la pneumonie jusqu'à ce qu'on ait diminué la fréquence et la force du pouls pourvu que les forces du malade le permettent; avec la force et la fréquence du pouls disparaissent le râle crépitant, les crachats sanguinolents, etc.; des sueurs copieuses surviennent et le malade est guéri, n'importe les mots et les théories de son médecin! L'école hippocratique nous con-

serve le dépôt précieux des traditions des grands observateurs, elle ramène constamment les esprits à l'étude de la nature et semble être en médecine ce que les conservateurs sont en politique.

D'autre part, des hommes érudits consacrent leurs veilles à de laborieuses recherches, à des appréciations judicieuses et nous doteront d'une bonne histoire de la médecine, qui sera pour nous un préservatif contre des plagiats quelquefois involontaires, une mine profonde d'expérience et une source de progrès réels.

Ajoutons que les études spéciales qui sont aujourd'hui si répandues devront nécessairement perfectionner notre nosographie et notre thérapeutique.

Il n'est donc point vrai que les médecins soient tombés dans l'apathie, de toutes parts on travaille et l'on amasse des trésors d'observation et de science et si l'amour du lucre fait oublier à quelques médecins l'amour de la science, plaignons-les et n'attribuons cette indigne faiblesse qu'à l'entraînement général de notre siècle d'argent et de spéculation.

L'anarchie non plus ne règne point en médecine, si les systèmes sont détrônés, nous sommes régis par des puissances plus légitimes et plus sûres : l'expérience et le raisonnement; mais, nous l'avouons, sur ce point se présente encore une question difficile, celle de la part d'influence que mérite chacun de ces deux fondements de notre art.

L'expérience a toujours, malgré les efforts des systématiques, conservé une grande prépondérance en médecine, elle y a des droits incontestables, car elle est la source de notre art : les faits bien constatés et observés avec soin, et en nombre suffisant seront toujours féconds en conséquences pratiques, lors même qu'ils ne sont pas complétement explicables au moyen des notions actuelles de physiologie; prétendre qu'il faut nier tout ce qu'on ne comprend pas, est le propre d'un esprit vaniteux et oublieux des leçons que nous donnent à cet égard les sciences les plus positives : la chimie et la physique; que dirait-on, par exemple, d'un homme qui nierait que l'azote et l'oxygène puissent, par des combinaisons différant seulement d'un ou deux

atomes, produire ou l'air que nous respirons ou l'acide nitrique qui, ingéré, serait, un poison mortel? La raison explique-t-elle une si grande différence dans les résultats reproduits par une modification si minime dans la combinaison? Cependant rien n'est plus vrai et il faut l'admettre comme tel. D'un autre côté, je ne pense pas que de nos jours il y ait encore des médecins autres que les homœopathes, qui voulussent réduire la médecine à un empirisme pur et ne pas profiter des fruits des découvertes physiologiques, chimiques, anatomiques, etc. Mais les uns sont trop empiriques, d'autres sont trop rationalistes. Bacon dans son Novum organum, et M. Lordat dans ses leçons de physiologie, prétendent qu'Hippocrate a posé les limites de l'influence du raisonnement et que quiconque les a franchies, a perdu son temps; cette assertion quoiqu'émanant d'autorités imposantes, me paraît trop absolue et dictée par une admiration trop enthousiaste de l'immortel vieillard de Cos; certes ce qui nous reste de lui porte le sceau du génie, d'un jugement sûr, d'une vérité pure; mais prétendre que les médecins qui l'ont suivi, que les modernes surtout aient perdu leur temps et se soient complétement fourvoyé en aggrandissant le domaine du rationalisme en médecine, c'est, me paraît-il, fermer les yeux à la lumière et donner dans l'injustice. Qu'ils aient quelquefois outrepassé la borne et substitué sur certain point des hypothèses à la vérité, je le crois, mais nous serions bien à plaindre si Hippocrate avait posé les colonnes d'Hercule des fondements rationnels de notre art!

Cette part d'influence ne me paraît pouvoir être limitée d'une manière absolue, une foule de circonstances rendent le médecin plus ou moins empirique, plus ou moins rationaliste; il est l'un et l'autre quand il combat soit une péritonite par les sangsues et les mercuriaux, soit une pneumonie par les saignées et les antimoniaux, il n'est que rationaliste quand il saigne dans l'apoplexie, il est tout à fait empirique quand il administre le mercure contre la syphilis et l'iode contre les scrofules, dans tous ces cas il est raisonnable et c'est ce qu'on est en droit de demander de nous.

Nous sommes naturellement conduit à dire quelques mots des

préceptes exclusifs en thérapeutique : « On doit être exclusif, disait récemment M. Rochoux au sein de l'Académie de médecine de Paris, à moins que l'on ne prouve que la vérité n'est pas exclusive de l'erreur! » Cette proposition appliquée à la médecine est un véritable sophisme et serait une source de malheurs en pratique. Je crois même inutile de la refuter, car la nature complexe de plusieurs maladies, les diverses modifications qu'elles subissent dans leur marche, les nombreuses variétés des cas individuels nous font un devoir de ne point être exclusifs : saignez peu, nous crie-t-on, craignez l'adynamie; saignez coup sur coup, purgez coup sur coup, donnez des lavements coup sur coup, donnez des chlorures, donnez du café, donnez du musc ou du quinquina, faites l'un ou l'autre, donnez l'un ou l'autre, mais soyez exclusif, car la vérité est exclusive de l'erreur!!! L'absurdité d'un pareil langage saisit trop fortement l'esprit le plus vulgaire pour qu'il puisse jamais être écouté!

La conséquence de mes raisonnements est celle-ci : dans l'état actuel de la science; l'éclectisme me paraît la voie la plus sûre et la plus sage. Le seul système en médecine qui me paraîtrait devoir contenter les esprits judicieux serait celui qui ne reposerait point uniquement ni sur la force vitale, ni sur l'anatomie, ni sur la chimie animale, mais qui acceptant ce que nos pères ont observé de vrai et s'appuyant sur les découvertes modernes, saurait faire une juste part d'influence et au principe vital et à la matière organisée, aux liquides comme aux solides; considérerait les maladies non-seulement sous le rapport des lésions de tissus qu'elles laissent après elles, mais sous celui de leurs causes, de leurs symptômes et de leur marche, qui serait enfin basé sur une étude complète de l'homme vivant et sur une connaissance plus large et plus approfondie des affections morbides. Telle est ce me semble la tendance générale des médecins modernes, tel est le but vers lequel convergent insensiblement les travaux des principales sectes médicales.

Beauraing, le 25 janvier 1840.

—

Rapport sur le mémoire de M. Sovet. (1).

Messieurs,

Le travail de notre estimable collègue, M. Sovet, est une réponse, pour le canton de Beauraing, à la question que vous avez proposée en 1858 et pour laquelle vous avez accordé un accessit au seul mémoire qui vous a été adressé par M. Peutermans de Aertselaer. Cette question était belle en effet, mais l'immensité de son étendue en rendait la solution difficile. Aussi avez-vous pris la mesure de l'ajourner, car ce ne sera qu'après que bien des médecins auront suivi l'exemple de M. Sovet, qu'on pourra espérer d'atteindre le but que vous vous êtes proposé. A la vérité son travail est de nature à faire naître d'importantes réflexions. Les traits de ressemblance de la topographie et de la constitution médicales qu'offrent le canton de Beauraing avec quelques localités de notre province, le rend d'une haute importance pour nous : aussi votre commission s'est elle fait un devoir d'examiner ce mémoire avec toute l'attention qu'il mérite.

Aux Ardennes, comme dans la province d'Anvers, les maladies encéphaliques sont rares sauf chez les enfants par suite de la dentition. Les névropathies et les apoplexies n'y sont pas plus fréquentes, mais cela doit être attribué aux mœurs des habitants et non au climat des Ardennes. C'est avec raison que l'auteur observe que le cultivateur sobre et laborieux mène une vie presque végétative, qui, certes, doit avoir moins d'influence sur son intelligence que sur celle du citadin, qui vit ordinairement dans des circonstances tout à fait opposées.

L'ophthalmie est commune à Beauraing, elle revêt les formes catarrhale, arthritique et scrofuleuse. Il cite deux cas de contagion très-importants et qui font voir l'utilité des hôpitaux spéciaux récemment établis en Belgique.

La stomatite aphtheuse a régné cette année dans plusieurs communes des Ardennes sur les bestiaux et les enfants. Cependant l'auteur n'a aucune raison pour admettre la contagion, il se borne à constater la simultanéité du fait : il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué les caractères de cette affection. Une épidémie, peut-être semblable et assez grave, de stomatite a régné cet été sur les bestiaux dans les polders qui environnent Anvers. J'ai été dans le cas d'examiner quelques-uns des animaux atteints de cette affection, et j'ai pu me convaincre qu'elle avait un cachet de spécialité, et que loin d'être aphtheuse, elle consistait en une véritable gangrène de la muqueuse buccale, qui se détachait par lambeaux. La maladie débutait presque toujours par une

(1) MM. Jacques *rapporteur*, Main-Geens et Van Camp, *commissaires*.

phlyctène noirâtre qui se formait sous la langue et dont l'ouverture mettait à nu la surface gangrénée. Un énorme écoulement de bave accompagné d'une odeur insupportable formaient ses principaux caractères. Cette épidémie était également regardée comme aphtheuse bien qu'un vétérinaire des plus expérimentés m'ait assuré ne l'avoir jamais observée. Les toniques avec les acides minéraux ont eu le plus de succès pour la guérison de cette affection qui n'était nullement mortelle. Malgré quelques bruits, j'ai pu me convaincre, par des informations prises sur les lieux, qu'aucun cas de communication à l'homme n'a été constaté. La contagion immédiate, même parmi les animaux, est encore loin d'être prouvée.

M. Sovet signale la fréquence des affections pulmonaires et surtout des pleuro-pneumonies graves. Ici, nous rencontrons encore cette coïncidence, que nous avons déjà signalée, entre la constitution médicale du canton de Beauraing et celle de quelques localités de notre province, où les affections des organes respiratoires forment également les deux tiers des maladies régnantes. Les saignées répétées autant que le permettent les forces du sujet et le tartre stibié à haute dose est le traitement qui compte le plus de succès. Tous les médecins éclairés, en effet, emploient aujourd'hui ce traitement combiné, et les faits nombreux de succès que les annales de la science ont enregistrés constatent suffisamment qu'un système exclusif en médecine est une erreur, qu'il n'y a de vrai que la médecine du père, la médecine d'observation. L'action du tartre stibié nous paraît avoir été bien saisie par l'auteur : l'explication qu'il en donne prouve que l'observation est ici d'accord avec la théorie ; le tartre stibié et la saignée sont dirigés vers un même but, une même fin, action déplétive et révulsive, qui en même temps prévient ou guérit l'altération du sang. A la vérité l'homme est malade avant qu'il n'y ait altération organique et la maladie proprement dite ne consiste point dans cette altération. Aussi l'auteur a-t-il raison de considérer la modification que le sang éprouve, comme résultat de l'affection des organes de l'hématose.

La phthisie pulmonaire exerce de grands ravages, dit l'auteur. Il combat avec succès la fièvre hectique au moyen de la quinine unie à l'opium. C'est le remède qui nous a également paru très-efficace, cependant nous accordons la préférence à l'hydro-ferro cyanate de quinine, parce qu'il est plus tonique, plus sûr dans son action, et qu'il ne paraît pas exercer cette fâcheuse influence sur les organes de la respiration, que nous observons chez les malades qui ont été soumis pendant longtemps à l'action du sulfate de quinine. Notre honorable collègue de Beauraing indique ensuite la fâcheuse influence des révulsifs ; il donne la préférence à une solution d'extrait alcoolique de daphne mezereum. Nous sommes pénétrés de cette vérité que les vé-

sicatoires et la pommade stibiée, augmentent souvent la fièvre hectique; mais nous croyons aussi que l'auteur a trop généralisé la proscription de ces moyens. En effet, si les révulsifs sont souvent nuisibles ce n'est que chez les jeunes sujets atteints de ces phthisies sèches où l'expectoration est presque nulle, et consiste dans un pus granuleux nageant dans une quantité de salive. Dans ces cas, la maladie marche ordinairement avec des proprès rapides et les soins les mieux dirigés restent sans effet contre la fièvre qui consume le malade. Chez les personnes âgées, au contraire, où l'économie offre plus de ressources, et chez celles surtout où l'expectoration est abondante et uniforme quoique purulente, la fièvre hectique s'arrête plus facilement, et les révulsifs tels que cautères, vésicatoires, pommade stibiée, etc., sont souvent couronnés du plus brillant succès. C'est surtout en l'absence de la fièvre que ces moyens sont les plus utiles; ils détournent l'irritation de l'organe pulmonaire, empêchent la réaction d'avoir lieu, et rendent ainsi la maladie stationnaire, tout en contribuant à la cicatrisation des cavernes qui existaient déjà. Je ne puis abandonner ce sujet sans vous signaler, messieurs, les beaux résultats que j'ai obtenus du matica dans les phthisies avec expectoration abondante.

En signalant la rareté des inflammations du tube digestif et la fréquence des maladies de l'appareil respiratoire, M. Sovet en attribue, avec raison, la cause à l'antagonisme constant de la peau avec la muqueuse des voies respiratoires, et à la synergie de la peau et de la muqueuse digestive causée par le climat le plus souvent froid. C'est bien, en effet, ce que nous observons dans notre province, où la rareté des inflammations franches du tube digestif est réellement une particularité qui frappe l'observateur. Nous observons, il est vrai, des fièvres muqueuses, adynamiques, et ataxiques, mais, comme le dit fort bien l'auteur, cela ne sont pas de véritables gastro-entérites : il suffit d'analyser les fièvres muqueuses, si fréquentes à Anvers et contre lesquelles la méthode antiphlogistique est ordinairement sans résultat, pour se convaincre de la réalité de cette assertion.

En parlant de la fièvre typhoïde, l'auteur fait preuve de son talent observateur. Toutefois, malgré la justesse de la distinction qu'il établit, pour cette fièvre en symptômes typhoïdes et lésion organique locale, nous ne pouvons pas partager son opinion sur la cause première des symptômes typhoïdes. Nous croyons, contrairement à son opinion, que l'essence de ces symptômes consiste dans une altération première de l'innervation dont le trouble modifie l'action organique de nos tissus et qui devient ainsi cause de l'altération du sang, altération qui n'est qu'effet au lieu d'être cause de la maladie. Et n'observons nous pas, en général, l'invasion des symptômes morbides avant que l'on n'ait pu constater l'altération du sang! Ceci est surtout évident pour les mala-

dies inflammatoires et l'auteur lui-même l'a constaté, dans son intéressant mémoire sur l'emploi des antimoniaux, pour la couenne chez les pneumoniques : d'ailleurs, les maladies contagieuses attribuées à l'influence d'un miasme ne doivent point faire exception ; l'action délétère de ces derniers peut tout aussi bien s'exercer directement sur les extrémités sensibles des nerfs, que par l'intermède du sang. Dans la fièvre intermittente, par exemple, l'altération de ce fluide ne paraît avoir lieu qu'après que le malade en a été atteint pendant quelque temps, chose que nous observons fréquemment dans les polders d'Anvers. En outre, pendant mon séjour à l'hôpital des cholériques, en 1832 et 1833, j'ai pu me convaincre que l'invasion du choléra avait toujours lieu avant qu'on put constater l'altération du sang. Dans bien des cas, j'ai saigné les malades qui n'éprouvaient que les premiers symptômes de la maladie sans trouver le moindre changement dans le sang ; quelques heures après, au contraire, la maladie ayant fait des progrès, les mêmes individus présentaient des modifications notables dans la composition de leur sang.

Le traitement employé par notre collègue de Beauraing, contre la fièvre typhoïde, peut servir d'exemple ; le plus sage discernement a présidé au choix des moyens qu'il indique ; aussi peut-il se flatter du résultat qu'il en a obtenu. Une heureuse modification que nous devons surtout signaler, est celle des briques chauffées, enveloppées de linges imbibés d'oxycrat, qu'il met sous la couverture des malades dans le but d'exciter une douce diaphorèse. Ce moyen nous paraît d'autant plus utile, que nous avons constaté l'heureuse influence des lavages avec l'eau vinaigrée dans la fièvre typhoïde, lavages dont il a tous les avantages sans en présenter les inconvénients. Son application facile nous porte à croire qu'il peut avoir une grande utilité dans bien d'autres maladies, surtout à la campagne où l'usage des bains est en général si difficile.

Concernant l'application de la glace sur la tête, que l'auteur indique, nous en avons suffisamment signalé les inconvénients dans un mémoire qui vous a été présenté sur ce sujet (1), et si les raisons que j'ai alléguées sont généralement vraies, elles doivent l'être surtout pour les campagnards.

Les metro-péritonites sont rares aux Ardennes, un seul endroit du canton de Beauraing, bas et humide, en offre plus d'exemples que le reste. M. Sovet emploie un traitement mixte qui nous paraît sagement dirigé ; c'est bien ce traitement que nous employions aussi avec le plus

(1) Des effets de la réaction déterminés par l'emploi des déplétions sanguines et des affusions d'eau froide dans quelques maladies du cerveau ; par J. Jacques.

de succès chez nos nouvelles accouchées. Toutefois, nous préférons aux frictions mercurielles, le calomel uni à l'extrait de jusquiame ou à l'opium, surtout dans le début de la maladie. Les nombreux cas de guérison que nous avons constatés tant dans la clinique de notre illustre professeur Vandenzanden, que dans notre pratique particulière, nous autorisent à cette préférence. L'auteur paraît être très-réservé dans l'emploi des calmants, ce sont ces remèdes sur lesquels nous fondons, néanmoins, le plus d'espoir au début de la metro-péritonite, parce qu'ils nous ont parus bien souvent dompter la maladie : cette expression, qui a causé tant de critiques au professeur d'Anvers, est vraie cependant, et nous ne craignons pas de la reproduire ici, parce que dans toute inflammation, l'augmentation de la sensibilité est la cause déterminante de la maladie ; or, engourdir cette sensibilité est empêcher l'afflux des humeurs, c'est arrêter la maladie dans son cours, c'est la dompter avant qu'elle ne soit totalement développée. Quant au cas d'empoisonnement que l'auteur dit avoir vu résulter de la dose de jusquiame indiquée par la méthode Vandenzanden, nous croyons que cela doit être regardé comme un cas exceptionnel. Nous avons bien souvent donné la jusquiame jusqu'à la dose de quinze grains dans les vingt-quatre heures, sans jamais avoir observé le moindre accident. Il est à regretter cependant que cette observation n'ait pas été détaillée.

En parlant des accouchements difficiles, M. Sovet signale un fait qui depuis longtemps, a frappé notre attention, l'inconvénient qui peut résulter après l'accouchement de l'emploi de l'ergot de seigle. J'ai vu, en effet, dans plusieurs circonstances, l'ergot du seigle déterminer, après la sortie de l'enfant, des contractions irrégulières de l'utérus qui ont exigé la délivrance forcée. Dans un mémoire que je me propose de publier sur l'enchâtonnement du placenta, j'aurai l'occasion de vous faire connaître une observation, où cet enchâtonnement a suivi l'emploi de l'ergot, au point que tout a été infructueux pour opérer la délivrance, et où la femme a malheureusement succombé à la suite d'une fièvre adynamique.

Une question d'obstétrique de la plus haute importance est touchée dans le mémoire de M. Sovet, concernant le temps qu'on peut raisonnablement attendre pour opérer la délivrance artificielle. Nous sommes tout à fait de son opinion à cet égard ; et nous sommes d'autant plus partisans de la délivrance artificielle, après avoir attendu le temps convenable, que la forte adhérence du placenta est pour nous une des causes principales de l'enchâtonnement. D'ailleurs l'extraction du placenta, faite à propos, est rarement suivie d'accidents, tandis que son séjour prolongé expose à beaucoup d'inconvénients, qui doivent toujours compromettre et la vie de la femme, et la réputation de l'ac-

coucheur. Plusieurs observations que je publierai, peuvent prouver ce que j'avance.

A l'article maladies syphilitiques, l'auteur signale une ressemblance entre les granulations de la conjonctive chez les ophthalmistes, et les bourgeons rougeâtres qu'on observe sur la muqueuse du col utérin chez les femmes atteintes de flueurs blanches, contre lesquelles il emploie avec succès les cautérisations au moyen du nitrate d'argent. En l'absence d'ulcérations dans le vagin nous avons toujours rencontré ces bourgeons ; mais bien que la nature des deux muqueuses doive être la même, nous ne sommes pas portés à croire que ces bourgeons puissent être de la nature des granulations. Ces dernières paraissent être sous l'influence d'une spécificité dont la nature est encore à saisir, tandis que les bourgeons de la muqueuse vaginale nous semblent devoir être considérés comme résultat du gonflement qu'éprouvent les cryptes muqueux. En général, nous guérissons assez facilement cette affection au moyen d'injections avec le proto-iodure de fer.

Les rhumatismes auxquels l'auteur rapporte certaines névralgies, la goutte, les tumeurs blanches et le scorbut sont tour à tour passés en revue par lui : partout, il se montre médecin instruit et bon observateur.

A l'article scrofules il combat avec succès les opinions de Baudelocque sur la cause de cette maladie; les preuves qu'il invoque sont irrécusables et ne laissent aucun doute dans l'esprit du lecteur.

La première partie du mémoire est terminée par un tableau de la mortalité en 1836 et 1837, d'où il résulte que la mortalité a été la plus forte au mois de mars. C'est également ce mois qui à Anvers compte ordinairement le plus de décès.

Comparaison des systèmes médicaux.

La dernière partie du mémoire que vous nous avez chargé d'examiner est consacrée à un coup d'œil rapide sur l'état actuel, et à venir, de la science médicale. L'auteur indique rapidement les différents systèmes qui se disputent l'empire de notre art. Partout il paraît avoir saisi avec justesse la part d'utilité que chaque école peut avoir aux progrès de la médecine. Après avoir démontré que l'esprit des médecins tend au rapprochement, il consacre un article fort intéressant à la nature médicatrice. A l'exemple des médecins de notre époque, M. Sovet regarde la force médicatrice comme une puissance qui émane toujours de la force vitale, et cela nous paraît être une grave erreur.

L'organisation de l'espèce humaine est tellement compliquée qu'une infinité de lois doivent naître de cette complication. Ces lois sont soumises à tant de particularités qu'un grand nombre d'entre elles sont

variables même dans l'état physiologique, combien dès lors ne doivent-elles pas changer, alors que l'économie est soumise à l'influence d'une cause morbifique? Cependant, tout cela n'a point empêché les médecins de former des théories, de créer des mots à sens sans limites sur quelques phénomènes observés chez l'homme sain ou malade sans réfléchir un instant sur le pourquoi de ces phénomènes : tel est le mot nature ou force médicatrice. Les systèmes qui ont tour à tour régnés dans l'empire de la médecine, ont imprégné leur cachet à l'explication des lois de l'organisme. C'est ainsi que l'ensemble des lois qui résultent de l'organisation et dont les efforts sont constamment dirigés vers le but de sa conservation, ont été désignés comme une unité qu'Hippocrate appelait nature, que Van Helmont nommait archée, que Stahl regardait comme l'âme, et qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de force vitale. Les idées métaphysiques que professaient ces hommes illustres devaient nécessairement les conduire à admettre une intelligence, capable de prévenir ou de guérir les maladies, et à regarder ces dernières comme un véritable combat entre la nature conservatrice et la cause morbifique.

S'il est vrai que les anciens ont poussé leurs théories jusqu'à la déraison en supposant que l'unité qu'ils avaient créée possédait la conscience de ses actes, il n'est pas moins vrai aussi qu'ils ont bien observé certains phénomènes de l'organisation humaine. Il existe réellement dans l'économie des efforts qui veillent constamment à la régularité des actes et par lesquels elle peut remédier aux dérangements qu'elle éprouve : mais il y a une grande erreur de croire qu'une puissance unique et invisible en soit le principal moteur. Et pour peu qu'on examine les phénomènes et la terminaison de certaines maladies, on doit rester convaincu que ces efforts ou plutôt ces lois conservatrices résultent à la fois, et des fonctions organiques, et de la disposition des parties constituantes de l'économie. La force vitale préexiste à la formation des tissus, c'est elle qui forme et qui travaille le corps vivant comme le dit très-bien M. Sovet, mais ce ne peut être cette même force qui détermine les sueurs copieuses, les hémorrhagies et autres phénomènes critiques auxquels le malade doit quelquefois sa guérison, ce sont là des phénomènes qui résultent de l'action des organes. Dans la dothénentérite, l'ouverture de la pustule se fait toujours à la face interne de l'intestin, et cela ne doit pas être attribué à la force médicatrice mais bien à la disposition des glandes et des tuniques intestinales. Dans l'abcès par congestion le pus n'est point guidé par une puissance invisible, il ne fait que suivre la route que la disposition des parties lui permet ou lui force de prendre, pour se faire une issue au dehors. C'est là ce que l'observation exacte des faits nous démontre. C'est là ce qui fait voir que le médecin doit distinguer

dans le corps humain, organes, principes d'organes et effets d'organes.

L'intéressant travail de M. Sovet est terminé par une appréciation exacte de l'expérience et des systèmes exclusifs en médecine; il conclut à la supériorité de l'éclectisme, tout en indiquant clairement les besoins d'un système qui serait propre à satisfaire tous les esprits.

La commission propose d'accorder le titre de membre correspondant à l'auteur, et d'insérer son mémoire dans les Annales de la Société.

Anvers, le 28 février 1840.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

MÉDICATION ÉMÉTIQUE, TRAITEMENT DU CROUP PAR LES VOMITIFS COUP SUR COUP;

Par M. JOURDAIN, de Binche.

> Les hommes calomnient tout ce qu'ils ne peuvent pas expliquer.
>
> FRÉDÉRIC SOULIÉ.

L'usage des émétiques remonte à la plus haute antiquité. Dès son origine, cette médication eut des partisans enthousiastes et d'ardents adversaires; les uns se fondant sur l'observation et l'expérience, les autres *surexcités* par de misérables passions. Malgré les Perreau de tous les temps, la réputation des émétiques a traversé les siècles, a survécu à tous les systèmes, parce que toujours elle fut soutenue par la puissance des faits. Si, de nos jours encore, la médication émétique est en butte à des attaques virulentes, il faut en chercher la cause dans les succès qu'elle procure, non moins que dans les explications absurdes, par lesquelles les médecins humoristes ont cru se rendre compte de son efficacité. Basé d'ailleurs sur des hypothèses, l'emploi des émétiques, mal dirigé, a dû quelquefois échouer et fournir des armes à la critique. Nous laisserons donc les médecins de l'école physiologique exhumer les erreurs du vieil humorisme, et s'es-

crimer à les combattre. Nous nous garderons bien de défendre la pratique des Stoll et des Pinel (1). Nous n'avons pas besoin d'évoquer les faits du passé, pour prouver les bienfaits des émétiques : les matériaux ne nous manquent point.

Les émétiques, introduits dans les veines, provoquent le vomissement plus promptement que lorsqu'ils sont mis directement en contact avec la muqueuse digestive. Souvent le vomissement n'a lieu que plusieurs heures après l'ingestion d'une forte dose d'émétique, et ne peut, par conséquent, être attribué à la stimulation du pneumogastrique. M. Magendie est parvenu à le produire, en substituant à l'estomac chez un chien vivant, une vessie de cochon. Enfin, le vomissement peut manquer, quoique le médicament ait été pris par la bouche et qu'il exerce sur l'économie une action énergique. On ne peut donc expliquer la propriété vomitive des émétiques par une influence spéciale sur le tube digestif.

La résolution rapide des engorgements inflammatoires sous l'influence des émétiques et la suractivité que ces agents impriment aux sécrétions, sont des faits connus de tout le monde. Cette excitation de l'absorption et des sécrétions caractérise leur mode de médication. Ils ne diffèrent des purgatifs que par le vomissement, phénomène d'une importance secondaire, souvent étranger aux effets thérapeutiques des émétiques. Les drastiques excitent même la sécrétion biliaire, avec plus d'énergie que les vomitifs, et souvent aussi provoquent le vomissement.

Les supersécrétions sont-elles le résultat de l'action directe des émétiques absorbés, sur les organes sécréteurs; ou bien dépendent-elles de l'excitation cérébrale, déterminée par ces agents? Dans la première hypothèse, l'influence de l'émétisation du sang sur les organes sécréteurs, supposés dans l'état normal, devrait être constante : or, la cholorrhagie peut manquer, ainsi

(1) On trouve cependant, dans leurs ouvrages, bien des faits convainquants, en faveur de la médication émétique. On a tronqué ces faits, on a mutilé ces pauvres auteurs, pour les faire offrir en holocauste à Baal.

Frater erat Romæ consulti rhetor ; ut alter
Alterius sermone meros audiret honores ;
Gracchus ut hic illi foret, huic ut Mucius ille. Hor. ep. l. c.

que le vomissement; et nous avons remarqué que l'absence de ces phénomènes coïncidait presque toujours avec un état morbide du cerveau ou de la moelle épinière. Nous croyons pouvoir en conclure que le vomissement et l'augmentation des sécrétions résultent de la stimulation directe de l'encéphale, par les substances émétiques.

On peut donc rapporter les effets thérapeutiques des émétiques; 1° à la suractivité de l'absorption et des sécrétions; 2° au vomissement; 3° à la modification du sang par son mélange avec les substances émétiques; 4° à la diminution de la masse des liquides.

Parlerons nous de *l'irritation gastrique*, des *secousses* du vomissement, des *perturbations*, etc., par lesquelles les solidistes prétendent expliquer l'action thérapeutique des émétiques? concevrait-on que des hommes de talent puissent ainsi se payer de mots et de suppositions gratuites, si l'on ne savait que tout cela est calcul, et qu'ils ont intérêt à substituer aux faits défavorables à leurs doctrines, des hypothèses plus accommodantes?

De toutes les substances émétiques, le tartre stibié est celle qui remplit le plus grand nombre d'indications. On peut l'administrer, 1° à doses absorptives; 2° à doses purgatives; 3° à doses vomitives; 4° à doses éméto-cathartiques; 5° à hautes doses.

Les formules vomitives que l'on doit préférer dans les maladies graves, sont susceptibles de plusieurs modes d'application. Dans un grand nombre de cas, nous avons employé avec succès les vomitifs *coup sur coup*, c'est-à-dire, répétés de douze heures en douze heures. On sait que Laënnec faisait vomir deux fois dans les vingt-quatre heures, dans l'affection croupale. C'est contre cette maladie que nous avons d'abord expérimenté cette médication énergique.

Un enfant de 3 ans, sexe masculin, bonne constitution, refuse les aliments dans la matinée du 10 avril 1839. Il éprouve du malaise et de l'accablement. Les yeux sont rouges et larmoyants. Le petit malade porte les mains au cou, et y accuse de la douleur. La fièvre s'allume; la toux croupale se fait entendre et revient par quintes pénibles et rapprochées, etc. *Prescription* (10 avril, à midi) :

Tartre stibié, demi grain.
Lait d'amandes, deux onces. En trois prises.

Cette potion a produit cinq vomissements. Le mouvement fébrile est enrayé, le malade a repris sa gaieté : mais la toux croupale et l'altération de la voix persistent; à onze heures du soir, réveil en sursaut, violent accès, agitation, etc. *Prescription* (10 avril, 11 heures et demie du soir) :

Tartre stibié, demi grain.
Eau commune, une once. En une prise.

Sept vomissements.

Fatigué par le vomissement, le petit malade s'endort vers trois heures, et ne s'éveille qu'à dix heures du matin, dans un état très-satisfaisant. Il ne reste qu'une toux catarrhale, et l'appétit est vivement prononcé.

Souvent, après un premier vomitif, les symptômes du croup disparaissent, mais cette rémission n'est point de longue durée. Il ne faut jamais hésiter à prescrire un second vomitif, et même un troisième, de douze heures en douze heures. Il est rarement nécessaire d'aller au delà. Mais la marche rapide de la maladie oblige quelquefois à administrer les vomitifs, à des intervalles encore plus rapprochés. « Le vomitif, dit Burger, suffit souvent pour juguler la maladie (*Hufeland's u Ossann's journal*, 1836). » Depuis que nous avons adopté la formule des vomitifs coup sur coup, nous n'avons pas perdu un seul malade, et, dans tous les cas, nous avons vu le croup céder beaucoup plus facilement qu'une simple bronchite. Il va sans dire que la maladie doit être attaquée dès son début : dans la dernière période, les succès sont rares. Souvent alors les centres nerveux sont insensibles aux agressions des émétiques.

La haine implacable vouée à l'antimoine par les médecins et les apothicaires d'autrefois, n'est apparemment pas encore éteinte. Les auteurs préfèrent l'ipécacuanha à l'émétique, dans le croup comme dans la plupart des maladies des enfants, bien que le tartre stibié ait une saveur moins désagréable, et qu'il exerce une

action plus sûre et moins irritante que le sirop alcoolique d'ipécacuanha (1).

Les titillations de la luette favorisent quelquefois le vomissement. Mais l'emploi de ce moyen exige du praticien, l'habitude de la médication émétique. Employée prématurément, cette pratique provoque des efforts infructueux et pénibles; et le vomitif opère ensuite avec moins d'efficacité.

Dans la première période du croup, les purgatifs et les sudorifiques agissent comme les vomitifs, mais avec moins d'énergie. Sous l'influence des stimulants des sécrétions, le mouvement fluxionnaire, qui a lieu vers le larynx, est dirigé vers les émonctoires naturels.

Le calomel est recommandé par un grand nombre de praticiens. Ce moyen est précieux : mais nous en avons souvent tenté inutilement l'emploi, à doses absorptives, dans les maladies des enfants. Rarement nous avons pu parvenir à leur en faire ingérer plus de trois ou quatre doses. Il en est de même du carbonate de soude, dont M. le docteur Mouremans a obtenu un si beau succès. (Bul. méd. belg., janv. 1839). Dans le choix des moyens que réclame une maladie grave, il faut tenir compte de la difficulté de leur administration, pour éviter la perte d'un temps précieux.

Nous préférons donc, à l'usage interne du calomel, dans la dernière période du croup, les frictions avec l'onguent napolitain, conjointement avec les vomitifs. L'expérience ne nous a pas encore appris, si, dans cette phase de la maladie, le *sulfate de cuivre* est un vomitif plus sûr que le tartre stibié. Il ne suffit pas d'ailleurs qu'une substance quelconque provoque le vomissement, dans le cas qui nous occupe; il faut surtout qu'elle active la sécrétion bronchique, de manière à favoriser le décollement et le rejet des fausses membranes.

Les vésicatoires peuvent être utiles au début du croup; mais nous ne concevons point leur utilité, dans la troisième période.

(1) Nous avons vu dernièrement un enfant de deux ans à qui un pharmacien avait administré une once de sirop alcoolique d'ipécacuanha. L'enfant ne vomit point. . . . . On ne consulte les médecins, pour les enfants, dans les petites villes, que lorsqu'ils ont subi le traitement d'un apothicaire.

Au début, ils peuvent déplacer le travail morbide : dans la dernière période, tous les moyens doivent tendre à favoriser le décollement de la fausse membrane; et les sécrétions de la peau diminuant celles des membranes muqueuses, vont directement contre ce but. Dans un cas cependant, nous les avons employés avec avantage au déclin d'un croup *chronique,* c'est-à-dire, enté sur une laryngite. Nous partageons le doute de M. Mouremans, sur l'existence du croup chronique.

L'emploi de la cautérisation, traitement brutal, est fondé sur cette supposition, que la maladie se propage du pharynx au larynx. Il ne serait pas plus absurde de dire que la variole se propage de la face aux autres parties du corps, et qu'il suffit de cautériser les premières pustules, pour faire avorter l'éruption.

A propos des spécifiques préconisés contre le croup, nous répéterons avec Barbier : « il faut toujours que les effets qu'une substance médicamenteuse provoque, fassent concevoir les cures qu'on assure avoir obtenues de son administration. »

La plupart des auteurs ont émis, sur la nature du croup, les plus futiles hypothèses. L'inanité de leurs définitions mérite d'être signalée. Des médecins distingués, des académiciens définissent le croup : « une *inflammation* catarrhale *produite par une irritation inflammatoire* spéciale. » Pour rendre cette définition plus claire, on y ajoute un supplément : cette *irritation catarrhale,* produite par une *irritation spéciale,* « a pour principaux caractères, une *irritation spasmodique* locale, etc., etc. » Quand le langage des faits et du simple bon sens, remplacera-t-il ce jargon du mysticisme physiologique ?

Malgré cette phlogode trinité, on trouve dans les auteurs, un très-grand nombre d'observations, où la muqueuse n'a offert aucune espèce d'altération (Compendium).

M. Andral, qui ne suit pas toujours les errements du solidisme, a démontré qu'une cause générale préside au développement des pseudo-membranes des voies aériennes.

Pour nous, le croup consiste en une sécrétion morbide, résultant d'une infection miasmatique du sang, et dont le produit, par l'impression qu'il exerce sur la muqueuse des voies aérien-

nes, et l'obstacle mécanique qu'il apporte au passage de l'air, détermine des troubles fonctionnels locaux et sympathiques.

Cette maladie se propage par infection comme la rougeole, le typhus, etc., etc.

Nous avons observé le croup deux fois, chez le même individu, à une année d'intervalle.

—

Rapport sur le mémoire de M. Jourdain (1).

Dans ce travail l'auteur cherche à rendre à la médication vomitive la place importante qu'elle occupait en médecine dans les siècles derniers. Après l'énumération de quelques expériences tendant à attribuer le vomissement et l'augmentation des sécrétions à la stimulation directe de l'encéphale par les substances émétiques, il déduit des conséquences thérapeutiques qu'il a su heureusement appliquer à divers cas. Le tartre stibié lui a paru remplir avec avantage le plus grand nombre d'indications ; administré coup sur coup, cet agent a seul fait l'objet de son expérience, et quoiqu'il ne rapporte qu'une seule observation d'un enfant atteint de croup et promptement guéri par ce moyen, l'auteur ajoute que depuis qu'il a adopté la formule des vomitifs coup sur coup dans la première période du croup, des succès constants ont couronné sa pratique. Récapitulant ensuite quelques autres agents préconisés dans les diverses périodes de cette affection, il critique les hypothèses émises sur sa nature et termine en disant qu'il considère le croup comme une sécrétion morbide résultant d'une infection miasmatique du sang, susceptible de se transmettre par infection.

Voilà, messieurs, le résumé succinct du mémoire que vous nous avez chargé d'examiner ; quelle que soit l'estime que votre commission professe pour l'auteur, au talent duquel elle se plaît à rendre hommage, elle n'a pas cru devoir adopter toutes les idées qu'il émet. Et d'abord, M. le docteur Jourdain, se basant sur des expériences, n'entend pas expliquer la propriété vomitive des émétiques par une influence spéciale sur le tube digestif et fait dépendre le vomissement et l'augmentation des sécrétions de la stimulation directe de l'encéphale par les substances émétiques. Tandis que nous, nous reconnaissons à la muqueuse digestive, par suite des conditions spéciales et favorables que présente son organisation, une faculté particulière qui la distingue des autres surfaces muqueuses, qui lui donne cette aptitude à provo-

(1) MM Bulckens, *rapporteur*, Hartwig et Henrotay, *commissaires*.

quer le vomissement immédiatement après l'ingestion de l'émétique et qui consiste dans l'étroite liaison de cette membrane avec la moelle allongée au moyen du pneumo-gastrique. Nous faisons dépendre le vomissement tantôt de l'impression de l'agent irritant sur les nombreuses divisions du nerf de la huitième paire et de la transmission sympathique de cette impression à la moelle allongée; tantôt de l'absorption des molécules de la substance vomitive et de leur abord sur les centres nerveux avec le sang. Enfin, nous attribuons l'augmentation des sécrétions à l'irritation émétique de la muqueuse de l'estomac et du duodénum, qui active les sécrétions des follicules muqueux, du foie et du pancréas.

Si le vomissement dépendait de la stimulation directe de l'encéphale par les vomitifs, il ne pourrait se faire que par l'inhalition des principes de l'émétique. Et supposons un moment que l'absorption de l'agent soit une cause unique indispensable pour provoquer le vomissement; pourquoi alors la mise en contact de cette substance avec une surface où l'absorption est très-active ne le suscite-t-il pas toujours? Car, nous voyons que l'injection d'une solution émétisée dans le rectum, l'application du tartre stibié sur la peau dénudée, ne font que rarement vomir. D'un autre côté, au contraire, une substance émétique mise en contact avec la muqueuse gastrique, toutes circonstances égales d'ailleurs, provoquera le vomissement peu de temps après son ingestion, on ne peut donc se refuser d'admettre que ce privilége dépend des nombreux ramuscules du pneumo-gastrique qui pénètrent les tuniques de l'estomac. Mais, dit l'auteur, « souvent le vomissement n'a » lieu que plusieurs heures après l'ingestion d'une forte dose d'émé- » tique, et ne peut par conséquent être attribuée à la stimulation du » pneumo-gastrique. » Hé bien, c'est précisément cette raison qui démontre le rôle important de ce nerf, car après les premières prises d'une forte dose d'émétique les tissus gastriques sont comme frappés de stupeur, ils ne sentent plus l'impression de celles que l'on ingère après; aucune impression n'est transmise à la moelle allongée et le tube digestif reste plongé dans un état d'engourdissement. Malgré cette stupéfaction l'émétique est absorbé, va exercer son influence sur les autres centres de l'innervation, les phénomènes rapportés à la moelle épinière et aux nerfs ganglionnaires se produisent, et le vomissement peut survenir, mais alors la contraction de l'estomac n'a lieu que par synergie. De sorte, que les effets qui appartiennent à un centre d'innervation peuvent manquer sans que les autres cessent de se montrer et le vomissement peut manquer, malgré que l'émétique ait considérablement irrité le canal digestif. Si l'auteur du mémoire eût différencié les modes d'action des vomitifs, il eût trouvé des réponses péremptoires à chacun de ses arguments.

Contrairement à M. Jourdain, nous attribuons l'augmentation des sécrétions à l'irritation émétique de la muqueuse gastrique et duodénale. On sait que les substances vomitives à peine arrivées dans l'estomac irritent ce viscère, qui aussitôt devient plus rouge, plus chaud et plus sensible. Poussée par l'action contractile de cet organe dans le duodénum, la substance émétique y exerce la même impression et donne lieu aux phénomènes organiques suivants : l'exhalation gastrique est considérablement augmentée; le travail sécrétoire des follicules muqueux est plus actif et fournit beaucoup de sérosité ; l'impression de l'émétique sur la surface duodénale irrite les conduits excréteurs du foie et du pancréas, met les appareils de ces glandes dans un état de turgescence et occasionne un débordement de bile et d'humeur pancréatique, qui remontent dans la cavité gastrique et sont rejetées par la bouche.

Cette théorie est basée sur un fait généralement reconnu, que les membranes muqueuses à la surface desquelles s'ouvrent les conduits excréteurs des glandes, augmentent la sécrétion de ces organes lorsqu'ils sont enflammés. Exemple : le ptyalisme qui dépend toujours d'une irritation ou d'une inflammation de la muqueuse buccale. Et ce qui confirme d'autant plus notre assertion, c'est que les faits prouvent que l'inflammation des glandes elles-mêmes ou leur excitation directe les rendent impropres à une sécrétion abondante. Tout concourt donc à annihiler la participation de l'encéphale.

La médication des vomitifs coup sur coup, préconisée par l'honorable docteur de Binche, dans la première période du croup, ne peut pas, selon nous, obtenir une application exclusive; ce mode de traitement entraîne tantôt des accidents graves, et dans d'autres circonstances est d'une innocuité complète; et, comme dit l'auteur, « il ne » suffit pas qu'une substance quelconque provoque le vomissement » dans le croup, il faut qu'elle active la sécrétion bronchique de ma- » nière à favoriser le décollement et le rejet des fausses membranes, » nous ne savons trop si le tartre stibié peut remplir ces indications. Il est cependant une substance, le narcisse des prés, dont les vertus ont été mises à épreuve par l'auteur, qui pourrait être de grande utilité dans ce cas ; c'est un émétique doux et sûr, qui se distingue par son influence particulière sur l'absorption et les sécrétions, et qui, sous d'autres rapports, est de beaucoup préférable au tartre stibié et à l'ipécacuanha ; mais, comme il n'en est fait aucune mention dans ce travail, nous avons tout lieu de craindre son inefficacité. Nous préférons toutefois dans la première et deuxième périodes du croup d'associer les émissions sanguines aux vomitifs, assurés que de la sage combinaison de ces deux moyens, on a obtenu et on obtient encore le plus de succès.

Tout en faisant l'énumération des autres agents thérapeutiques employés dans les diverses périodes du croup, l'honorable collègue de Binche eût bien pu se dispenser de jeter le blâme sur un moyen que MM. Gendron, Guersent, Bretonneau et d'autres ont si heureusement appliqué dans plusieurs épidémies qui ont ravagé la Tourraine; nous voulons parler de la cautérisation, moyen qui, entre les mains d'un praticien exercé, peut encore obtenir des résultats avantageux. Nous ne suivrons pas la critique de l'auteur, nous ne releverons pas les injustes reproches qu'il adresse à des hommes que la science vénère, mais nous dirons qu'il ne lui appartient pas de taxer d'inanité des définitions émises sur la nature du croup, surtout lorsque, tronquant et changeant ces définitions, ils les rend ridicules en agglomérant des mots sonores, pris çà et là dans une proposition. Voici comment Jurine, Albers de Bremen, Vieusseux, Caillau, Double, Royer-Collard, etc., dont la théorie est si injustement attaquée, définissent le croup : « Une affection catarrhale de la membrane muqueuse du la-
» rynx et de la trachée-artère, produite par une irritation inflamma-
» toire spéciale; ils reconnaissent encore pour principaux caractères
» une irritation spasmodique locale, accompagnée, à une époque plus
» ou moins éloignée du début, d'une concrétion de forme et d'appa-
» rence membraneuse développée dans l'intérieur du canal aérien. »
Cette définition ne devait pas paraître si étrange, si M. Jourdain eût voulu se rappeler qu'elle fut émise en 1809, que ce fut à ses auteurs qu'on décerna le prix Napoléon, et qu'à cette époque toute l'Académie française y donna son assentiment.

Quoiqu'avec M. Andral nous voulons bien reconnaître qu'une cause générale préside au développement des pseudo-membranes des voies aériennes, nous ignorons cependant si cette cause générale réside dans un empoisonnement miasmatique du sang, comme le prétend M. Jourdain, sans toutefois en donner une plus ample explication, et jusqu'à ce qu'on soit parvenu à établir quelles sont les conditions générales qui sont les causes principales de la formation des fausses membranes, nous attendrons pour trancher cette question. Le croup ne nous paraît contagieux que lorsqu'il se complique d'une fièvre de mauvais caractère.

Votre commission, tout en regrettant la concision extrême de ce mémoire, qui, sous tant de rapports, mérite des éloges, conclut à l'impression de ce travail dans les Annales de la Société, et à l'admission de l'auteur comme membre correspondant.

Anvers, le 28 février 1840.

QUELQUES MOTS

SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES AUX JAMBES

Par P. J. VANMEERBEECK,

Docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, docteur de l'Université catholique de Louvain, ex-élève interne de l'hôpital civil de la même ville, membre de la Société de médecine d'Anvers, membre correspondant des Sociétés des sciences naturelles et médico-chirurgicale de Bruges.

Quod scribo vidi. . . .

Les ulcères aux jambes sont le genre d'affections qui grèvent le plus le budget des hôpitaux civils. Quelque paradoxale que paraisse cette assertion, elle est de la plus incontestable vérité. Parcourez dans un hôpital quelconque les salles destinées au service de la chirurgie; qu'y trouverez vous dans le premier lit? une personne atteinte d'ulcères aux jambes. Dans le deuxième, encore un ulcère de cette partie; dans le troisième, toujours des ulcères et ainsi de suite, vous verrez la moitié quelquefois les 2/3 des lits occupés par les porteurs de cette affection.

Dire de quoi dépend la fréquence de cette maladie, n'entre pas dans le plan que nous nous sommes tracé, il nous est impossible de nous étendre sur son étiologie; nous ferons seulement remarquer que rien n'est plus commun que cette affection dans les classes inférieures, qu'il n'y a presque pas d'ouvrier qui n'ait ou qui n'ait eu des ulcères aux jambes, affection très-légère du reste, qui ne l'empêche pas de se livrer à ses travaux et qui bien traitée guérit avec la plus grande facilité.

Ce que nous voulons rechercher ici, c'est la cause pourquoi, dans des circonstances aussi favorables, les individus atteints d'ulcères encombrent les hôpitaux?

Pour cela, aucune induction théorique ou mathématique n'est nécessaire; il suffit d'observer ce qui se passe dans ces établissements.

Dès que les premières rigueurs de l'hiver se font sentir, on ne voit plus entrer dans le service de la chirurgie que des individus atteints d'ulcères, sur dix malades qui entrent, on en comptera

au moins huit; semblables à une nuée d'oiseaux de passage qui s'abattent sur un champ nouvellement ensemencé, ils accourent en foule à l'hôpital et, en peu de jours, ils en occupent tous les lits.

Que pourraient-ils faire de mieux? Leurs travaux habituels sont suspendus, ils ne gagnent plus de quoi vivre et ils n'ont pas fait d'économies. Il ne leur reste qu'à chercher un gîte à l'hôpital. Là, au moins ils seront logés, nourris, chauffés pendant tout l'hiver; ils ne désirent pas mieux?

Ils viennent donc *prendre leur quartier d'hiver* à l'hôpital, cette expression est devenue proverbiale. Voyez-les là, gros, gras et bien portants, toujours les premiers quand sonne la cloche des repas, ne s'occupant qu'à jaser autour d'un bon poële, ou à se dorloter dans leur lit et jouir des plaisirs du *farniente*.

Mais dira-t-on, ne les guérit-on pas? Certes, on les guérit ou au moins on tâche de les guérir, mais le plus souvent on ne réussit pas ou si l'on réussit, ce n'est qu'à la fin de l'hiver. La cause qui rend cette maladie si rebelle à tout traitement, est facile à signaler; ce n'est pas l'inefficacité des nombreux moyens que l'art emploie contre cette affection, un heureux choix entre eux, fait par un praticien habile, suffira toujours pour amener à bonne fin une maladie que nous savons être facile à guérir; la véritable raison en est, que les personnes atteintes *ne veulent pas* être délivrées d'une affection qui leur procure une vie douce et agréable.

Pour atteindre ce but, ils prennent plus de soin pour entretenir leurs ulcères que le chirurgien n'en prend pour les guérir; il est illimité le nombre de moyens dont ils se servent pour en empêcher la cicatrisation et détruire journellement les modifications heureuses que le pansement du chirurgien leur avait fait subir.

Et qu'on ne m'objecte pas que ce que j'avance est impossible, que c'est contraire à la nature humaine. Ce que j'écris, je l'ai vu, et si je ne craignais d'être ennuyeux, j'indiquerais ici quelques-uns des moyens et des expédients dont ils se servent pour parvenir à leurs fins. Il suffit d'avoir été pendant quelques années élève interne dans un hôpital pour être au fait de ces manœuvres,

qui passent inaperçues aux yeux de ceux qui ne se trouvent pas dans les mêmes circonstances.

Mais que ne les surveille-t-on, peut-on me dire. Impossible; à moins que de placer un infirmier à chaque lit, ils trouveront toujours le moyen de défaire leur bandage et d'arranger l'ulcère comme bon leur semblera.

En agissant ainsi, ils sont sûrs de parvenir à la fin de l'hiver; alors les uns sortent pour revenir tous les mois, toutes les six semaines, leur ulcère (cicatrisé ou presque cicatrisé à leur sortie) présentant un état affreux, qui empêche de leur refuser l'entrée; les autres accoutumés à l'oisiveté, restent et passent plusieurs années de leur vie à vivre aux dépens de l'administration des hôpitaux.

La conséquence de tout cela, c'est que chaque année l'administration doit porter une somme énorme sur son budget des dépenses; car, qu'on calcule bien, ce que doit coûter l'entretien de ces personnes en si grand nombre qui passent les 3/4 de l'année dans l'hôpital. Personne ne me contestera, je crois, que ce qui entraîne le plus de frais dans ces établissements, ce ne sont pas les médicaments quelques chers qu'ils soient, mais bien les journées que les malades y passent, et sous ce rapport les ulcères aux jambes rentrent évidemment dans cette catégorie, les emplâtres, les onguents dont on les panse ne coûtent presque rien, mais qu'on additionne les frais qu'occasionne leur séjour et on sera effrayé du résultat; et l'on conviendra aisément avec moi que *c'est ce genre d'affections qui grève le plus le budget des hôpitaux.*

Après avoir exposé le mal, tâchons d'indiquer le remède. Il faudrait pour cela qu'il existât un moyen qui put :

1° Guérir promptement et sûrement l'ulcère;

2° Le guérir sans que le malade puisse y toucher ou défaire son pansement.

3° Rester appliqué assez de temps après la sortie du malade pour qu'aucune récidive ne fut plus à craindre.

Ce qui serait plus désirable encore, c'est qu'il y eût un moyen qui put être appliqué par le chirurgien, sans que l'individu atteint dusse venir à l'hôpital ou interrompre ses travaux habituels.

On entrevoit, tout d'abord, quelle immense économie un tel moyen procurerait aux hôpitaux, sans nuire aucunement à l'humanité souffrante. Or, ce moyen existe, employé dans quelques hôpitaux, inconnu, négligé dans d'autres. C'est pour que son usage s'étende à ces derniers, c'est pour encourager les praticiens qui, jusqu'ici, ne l'ont pas encore employé, que je livre ces quelques mots à la publicité.

Avant de parler de la manière de l'employer, il conviendra de dire en quelques mots de quel genre d'ulcères nous voulons parler. Chacun sait qu'on divise cette affection en deux grandes classes : ulcères liés à un vice de l'économie et ulcères dépendant d'une cause locale ; aux premiers conviennent, outre le traitement local, des soins généraux, il est évident que ce n'est pas de ceux-là dont nous voulons parler, ils se rencontrent d'ailleurs en petit nombre aux jambes; ceux dont nous devons nous occuper et qui s'y rencontrent le plus fréquemment sont les ulcères de la seconde classe que la plupart des auteurs ont confondus sous le nom d'ulcères atoniques, calleux, variqueux, etc., etc.

Cependant chacun d'eux offre des caractères particuliers que nous voudrions pouvoir exposer ici, mais auxquels nous ne pouvons que toucher, pour ne pas répéter ce qui a déjà été dit plusieurs fois avant nous.

On y remarque :

1° L'*ulcère simple,* résultat d'une ancienne plaie qui tarde à se cicatriser, le plus souvent la suite d'une brûlure ou d'une plaie contuse.

2° L'*ulcère calleux,* improprement nommé atonique, reconnaissable à son fond blafard sécrétant une sérosité purulente, à ses bords élevés, durs, taillés à pic, et au cercle rouge et quelquefois lardacé qui l'entoure.

3° L'*ulcère variqueux* qui ne diffère de l'ulcère calleux qu'en ce que ses bords sont quelquefois bleuâtres, et son fond sanguinolent et avec lequel on le confond souvent, s'il n'existe pas, en même temps, des veines variqueuses pour confirmer le diagnostic.

4e L'*ulcère gangréneux.* Une étendue plus ou moins considérable de la peau tombe en gangrène, quelquefois sans cause

connue; un cercle inflammatoire détermine les limites de la partie gangrénée; l'eschare tombe et il reste une surface dénudée qu'on pourrait faire rentrer dans la catégorie des ulcères simples.

5° J'ai souvent observé une dernière espèce d'ulcères aux jambes, ordinairement en grand nombre, petits, à fond rougeâtre, bourgeonnant et sécrétant de la sérosité qui se concrète en croûtes ou en écailles, les bords rouges, déchiquetés, ordinairement décollés, leur pourtour et presque toute l'étendue de la jambe, rouge et couverte d'écailles, au-dessous de celles-ci la peau souvent dénudée; en un mot, offrant beaucoup de ressemblance avec l'eczema rubrum (Biett) ou l'herpes squammosus madidans (Alibert).

Un seul et même moyen guérira toutes ces espèces d'ulcères, en même temps qu'il répondra à toutes les indications demandées plus haut, c'est *la compression à l'aide de bandelettes agglutinatives.*

Eh quoi! entends-je déjà crier, vous venez nous prôner une panacée universelle! — Non, bien loin de là, puisque j'exige que chacun de ces ulcères subisse un traitement préparatoire, pour les amener dans des circonstances telles, que les bandelettes agglutinatives puissent agir efficacement sur eux.

Des bandelettes agglutinatives, diront quelques praticiens, mais nous les avons essayé et nous n'avons pas réussi. — Cela est possible, messieurs, mais comment les avez-vous employées? à quelle époque de la maladie les avez-vous appliquées? et de quelle espèce de bandelettes vous êtes-vous servi?

Voilà toutes circonstances qui doivent être prises en considération avant de formuler une opinion sur l'efficacité ou l'insuffisance d'un moyen proposé.

Certes, celui qui se sera servi de bandelettes faites avec des substances irritantes, telles que la résine, la colophane, la térébenthine, n'aura pas réussi, au contraire, il aura fait plus de mal que de bien. Celui qui aura appliqué des bandelettes, même convenables, avant que l'ulcère ne soit mondifié et les eschares tombées, ou pendant que l'ulcère est enflammé, n'obtiendra pas plus de succès. Et celui qui, en employant ce moyen, pèche

contre les règles de son application, se verra aussi trompé dans son attente.

Pour réussir, il faut :

1° Se servir de bandelettes agglutinatives faites avec une substance emplastique telle, qu'elles ne s'attachent ni trop peu, ni trop fortement à l'ulcère et à la peau; qu'elles excitent assez la vitalité de l'ulcère, sans l'irriter jamais ou excorier les parties environnantes. Des bandelettes qui remplissent parfaitement ce but sont celles du docteur Siemerling (1), celles de l'hôpital civil de Louvain (2) et peut-être aussi celles de diachylum gommé, tandis que celles du docteur Baynton (3) et celles faites avec de la colophane, comme on en emploie dans quelques hôpitaux, présentent toutes les conditions défavorables que nous venons d'énumérer. Elles s'attachent trop fortement à la peau et ne peuvent être enlevées sans déchirer la cicatrice naissante de l'ulcère, elles irritent et enflamment celui-ci et en même temps les parties environnantes sur lesquelles elles sont appliquées, de sorte qu'il n'est pas rare de trouver, lorsqu'on les ôte, plusieurs ulcères au lieu d'un seul qui existait primitivement.

2° Avant d'appliquer les bandelettes, il faut amener l'ulcère à un état tel, qu'elles puissent agir efficacement. Ordinairement lorsque les porteurs de cette affection se présentent au chirurgien, l'ulcère est enflammé ou d'une malpropreté dégoûtante, ou bien encore il est couvert de croûtes ou d'une eschare gangréneuse, plus rarement les chairs en sont boursouflées. Il faudra donc commencer par opposer à ces différents états les moyens

(1) Préparation de l'emplâtre avec lequel on fait ces bandelettes : on fond une demi-once de cire blanche à laquelle on ajoute un quart de livre d'huile d'olives et huit onces de minium. On laisse bouillir cette masse, en la remuant continuellement, sur des charbons ardents, jusqu'à ce quelle devienne épaisse, et après l'avoir ôtée du feu on y ajoute encore deux drachmes de baume du Perou. La couleur de cette emplâtre est rouge brun.

(*Hufeland's und Osann's journal der Practischen Heilkunde*, sept. 1836)

(2) J'ai fait de vains efforts pour connaître la composition des bandelettes de l'hôpital civil de Louvain, les sœurs et les pharmaciens en font un secret. Je suppose qu'elles ont beaucoup d'analogie avec celles du docteur *Siemerling*, ou bien elles sont composées de diachylum et de quelques gommes aromatiques, au moins elles exhalent cette odeur, leur couleur est rouge brune.

(3) Composées d'emplâtre de litharge et de résine fondues ensemble.

appropriés, les émollients, surtout les cataplasmes de farine de lin pour combattre l'inflammation, nettoyer l'ulcère, faire tomber les croûtes et les eschares ; la pierre infernale, l'alun calciné pour réprimer l'exubérance des chairs fongueuses. Lorsqu'on sera parvenu à ramener l'ulcère à un état tel que d'un côté les émollients soient inutiles, et de l'autre les excitants aucunement nécessaires, état facile à reconnaître pour le praticien qui a vu quelques-unes de ces affections, on passera à l'usage des bandelettes.

3° C'est du mode d'application des bandelettes que dépend, en grande partie, le succès de leur emploi ; et, si plusieurs chirurgiens ne réussissent pas par ce moyen, c'est faute d'avoir appris *pratiquement* la bonne méthode de les appliquer. Il ne suffit pas ici d'appliquer quelques bandelettes courtes, qui ne dépassent l'ulcère que d'un ou deux pouces de chaque côté, comme cela se pratique lorsqu'on veut réunir les lèvres béantes d'une plaie, ni de les croiser tout simplement sur l'ulcère sans les faire dépasser davantage que dans le procédé dont nous venons de parler ; le praticien qui agira ainsi se verra trompé dans son attente. Il faut que les bandelettes entourent circulairement la jambe, qu'on commence leur application à deux ou trois pouces au-dessous de l'ulcère et qu'on ne la finisse qu'à la même distance au-dessus. Il faut que la compression qu'elles exercent soit modérée et régulière, c'est-à-dire qu'elle ne soit ni trop forte ni trop faible, qu'elle soit égale dans toute l'étendue de l'application ou plutôt, un peu plus forte à la partie inférieure qu'à la partie supérieure de la jambe. Malheur au praticien qui ferait une compression trop forte ou inégale, l'insuccès, des douleurs fortes, des étranglements partiels, la gangrène de la partie peuvent en être le résultat. Pour appliquer méthodiquement les bandelettes, il faut de toute nécessité *l'avoir appris en le faisant souvent* sur une jambe saine.

Les bandelettes seront assez longues pour faire une fois et demie le tour de la jambe, et larges de 1/2 à un pouce; plus larges, leur application deviendrait plus difficile parce qu'elles seraient exposées à faire des godets.

Il y a deux manières, également en usage, de procéder à leur application.

Dans la première, on commence par fixer une des extrémités de la bandelette sur une partie saine et à la rouler autour du membre à la manière d'une bande roulée. Ce procédé présente pour inconvénient de déterminer facilement la formation de godets en passant d'une partie moins épaisse à une autre qui l'est davantage, comme du bas de la jambe au mollet; et, si l'on veut éviter cet inconvénient, en donnant une direction oblique aux bandelettes la compression ne sera plus suffisante ou bien encore elle sera inégale.

Le second procédé consiste à appliquer les bandelettes agglutinatives de la même manière qu'on applique les bandelettes du bandage de Scultet. Ainsi quel que soit l'endroit de la jambe qu'occupe l'ulcère, on commence par appliquer la partie moyenne de la bandelette contre la face postérieure de la jambe, on en ramène les deux bouts sur la face antérieure où on les croise, pour les reporter sur les parties latérales, soit directement, soit obliquement, suivant que la partie sur laquelle on les applique est cylindrique ou conoïde; de cette manière on évitera facilement les godets, sans tomber dans aucun des inconvénients de l'autre procédé.

Une chose sur laquelle il faut fixer son attention, c'est de faire imbriquer tellement les bandelettes qu'elles se recouvrent de la moitié; quel que soit le procédé dont on se serve, c'est le seul moyen d'obtenir une compression égale.

Enfin, pour que les parties qui se trouvent au-dessous du point comprimé ne s'œdématient pas, on peut y appliquer une bande roulée, qu'on conduira ensuite sur les bandelettes où elle servira à les mieux fixer et à empêcher leur dérangement. Cette bande sera renouvelée journellement. Cependant, si la compression avec les bandelettes agglutinatives est bien faite, elle n'est pas nécessaire.

Les bandelettes ne seront changées que le moins souvent possible. Le terme moyen de leur application est de six à huit jours, cependant, on peut aller jusqu'à quinze, d'autres fois elles devront être changées plus souvent, c'est lorsque la suppuration

de l'ulcère est abondante et que le pus perce entre les bandelettes.

Il est des ulcères qui ne guérissent pas par l'emploi des bandelettes agglutinatives, ils sont en petit nombre, et, ce sont précisément ceux-là qui ne guérissent par aucun autre moyen. Il serait même quelquefois dangereux de les guérir lorsque l'économie s'y est habituée. Dans tous les autres, à chaque réapplication des bandelettes on remarque avec étonnement les progrès rapides de la cicatrice, et il suffit quelquefois de deux ou trois de ces applications pour obtenir la guérison de l'ulcère.

Par quel autre moyen obtiendra-t-on un tel résultat ? Aucun autre ne guérit aussi vite, à si peu de frais, d'une manière si commode et si sûre en même temps, et il est le seul qui remplisse les conditions exigées plus haut pour empêcher l'encombrement dans les hôpitaux.

Tâchons de prouver ces diverses assertions.

D'après les calculs de Parent-Duchâtelet, la durée moyenne des ulcères aux jambes est de cinquante-deux jours et demi lorsqu'ils sont traités par toute autre méthode que par les bandelettes ; tandis que par l'emploi de celles-ci, elle n'est que de vingt-six jours, suivant M. Ph. Boyer (1).

D'après les faits que j'ai pu observer dans les hôpitaux de notre pays, ces résultats me paraissent très-justes; si ce n'est que la durée des ulcères traités sans bandelettes est encore plus longue; mais là, il faut faire entrer en ligne de compte le mauvais vouloir des malades. Les soins préliminaires, pour faire parvenir l'ulcère à l'état voulu, pour appliquer les bandelettes, ne demandent jamais plus de quatre à cinq jours.

Si les ulcères guérissent plus vite de la moitié sous l'influence des bandelettes, il est évident que dans les hôpitaux on se dispensera de la moitié des frais de séjour, et comme à l'aide de ce moyen les individus atteints ne sont plus forcés de garder le repos, on pourrait même les traiter sans les recevoir dans ces établissements, en leur faisant appliquer tous les huit jours des

(1) *Remarques sur le traitement des ulcères*, etc. *Bulletin de Thérapeutique*, mars 1833.

bandelettes par le chirurgien des pauvres. Pour l'homme du monde, ce moyen sera aussi plus économique; au lieu des visites journalières du chirurgien, il n'aura besoin de celui-ci que trois ou quatre fois pendant toute la durée du traitement, et, ce que les bandelettes coûtent de plus que des onguents, sera amplement compensé par la rareté des visites, et la commodité que procure un moyen qui ne vous force à aucune privation de vos habitudes.

Ce qui rend surtout ce moyen précieux, c'est qu'il donne le temps à la cicatrice de se raffermir avant qu'on ne cesse son usage, et qu'ainsi il met à l'abri des récidives si fréquentes par tout autre procédé. Pour cela il suffira de faire une dernière application de bandelettes, après que la cicatrice s'est formée, qu'on laissera appliquées pendant dix ou quinze jours.

Enfin ce moyen empêche le malade de toucher à son ulcère sans qu'on s'en aperçoive, il lui sera impossible de changer une seule des bandelettes et de la réappliquer exactement de la même manière; et cela fût-il, il resterait encore l'expédient d'amidonner la bande supérieure qu'on applique quelquefois sur les bandelettes.

J'ai l'intime conviction que, par ce moyen seul, on pourra parvenir à purger les hôpitaux des fainéants qui les encombrent. Je ne sais si j'ai pu faire entrer la même conviction dans l'esprit de ceux qui m'ont lu; en tout cas, ce que personne ne me contestera, c'est qu'aucun autre moyen n'offre autant d'avantages que celui-ci, dans le traitement des ulcères aux jambes; au besoin je pourrais citer une foule d'observations à l'appui, recueillies à l'hôpital civil de Louvain, soit par moi, soit par les élèves qui ont fréquenté cet établissement et qui tous ont eu à se louer plus tard d'avoir mis ce moyen en usage dans leur pratique particulière.

Je ne rapporterai, pour abréger, qu'un seul exemple qui prouve la facilité qu'on a de traiter par ce moyen et les avantages qui en résultent pour le patient.

Le nommé S....., de Malines, âgé de 70 ans, homme vigoureux pour son âge, corpulent, grand buveur, souffrait depuis un an et demi d'ulcères à la jambe gauche. Les essais réitérés de plusieurs

praticiens avaient été infructueux. Il me fit appeler un jour que je me trouvais dans cette ville; je trouvai la jambe dans l'état suivant : gonflement général, rougeur de presque toute son étendue, trois ulcères de la grandeur d'un franc, situés, l'un vers la malléole interne, les deux autres sur le devant de la jambe à la hauteur du mollet; ces ulcères présentaient un fond rougeâtre, bourgeonnant et sécrétant de la sérosité qui se concrétait en croûtes sur les bords de l'ulcère, ceux-ci étaient minces, rouges et décollés. Des écailles blanchâtres occupaient toute la partie de la jambe qui était le siége de la rougeur. Je lui fis appliquer un cataplasme pour faire tomber les croûtes et les écailles, et le lendemain je lui appliquai des bandelettes (1), suivant le second procédé que nous avons indiqué. Ne pouvant me rendre à Malines que tous les quinze jours, je lui recommandai de laisser les bandelettes appliquées jusqu'à chacune de mes visites demi-mensuelles. Je lui permis en même temps de se livrer à toutes les occupations que son état de tonnelier exigeait et de se promener tant et quand il le voudrait. Ces prescriptions ne manquèrent pas de l'étonner, après toutes les précautions que mes prédécesseurs avaient ordonnées, mais son étonnement fut plus grand encore, lorsqu'à la première levée de l'appareil, il vit les ulcères diminués de moitié. Trois autres applications suffirent pour amener la guérison complète des ulcères. Une cinquième fut faite, par mesure de précaution, pour raffermir la cicatrice et, aujourd'hui, trois mois après la cure, aucune récidive n'a eu lieu.

Voilà certainement une guérison obtenue d'une manière bien facile, bien commode et pour le malade et pour le chirurgien, et qui, si elle a réclamé deux mois, aurait pu être obtenue en moins de la moitié de ce temps, si, au lieu de changer les bandelettes tous les quinze jours, j'avais pu le faire tous les six ou huit jours. Au moins, les nombreux exemples que j'ai vus de guérisons d'ulcères datant de six mois, d'un an, obtenues par deux à trois applications de bandelettes à ce temps d'intervalle, me permettent d'avancer ce que je viens de dire.

(1) Préparées à l'hôpital civil de Louvain.

Si l'on peut juger de la cause par les effets, les guérisons par la compression à l'aide de bandelettes, viennent affermir l'opinion de M. Lisfranc (1), que les ulcères aux jambes ne sont que le résultat d'une gêne dans la circulation veineuse.

Anvers, le 31 décembre 1839.

OBSERVATION

D'UNE GROSSESSE DOUBLE SIMULANT UN CAS DE SUPERFOETATION;

Par P.-J. VAN MEERBEECK, de Malines.

La nommée Marie N....., âgée de 21 ans, entra à l'hôpital d'Anvers le 21 décembre 1839, se disant enceinte de 6 mois et éprouvant les douleurs de l'enfantement. Quelques heures après, elle mit au monde un enfant du sexe féminin dont le développement indiquait l'âge de cinq et demi à six mois. L'accouchement fut naturel et facile, l'enfant s'était présenté en première position de la tête; il vécut pendant une demi-heure. L'extraction du placenta se fit avec facilité; en l'examinant, je trouvai à l'un de ses côtés une poche annexée, contenant une matière liquide, au milieu de laquelle flottait un corps solide. Frappé de cette singularité, je poursuivis mes investigations : la petite poche ouverte laissa écouler quelques onces d'eau, et je trouvai que le corps solide était un petit fœtus. Celui-ci était long de trois pouces, il présentait la tête, le cou, le tronc et les membres très-distincts; ceux-ci étaient longs d'un pouce et offraient les doigts des pieds et des mains bien développés, mais sans vestiges d'ongles. La tête, de la grandeur d'une grosse aveline, présentait les yeux garnis de paupières, la membrane pupillaire fermée; le nez bien développé, les narines ouvertes; les oreilles ayant leur pavillon visible et séparé du reste de la tête, la bouche, grandement ouverte, laissait voir une langue bien confor-

(1) *Lancette française*, n° 119, 6 octobre 1836.

mée; les organes génitaux, très-apparents, présentaient un petit penis et un scrotum. L'insertion du cordon ombilical se faisait vers le 1/3 inférieur du ventre, celui-ci présentait un grand développement relativement aux autres parties du corps; par rapport à la longueur totale du fœtus, l'insertion du cordon se faisait aussi à la réunion des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur.

Voilà certes une observation qu'à la première vue on rangerait parmi les cas de superfœtation et il a dû en être ainsi pour plusieurs autres du même genre, qu'on trouve consignés dans les annales de la science, alors que les études anatomico-pathologiques étaient moins cultivées.

Un examen plus attentif ne pouvait manquer de faire rejeter cette opinion et de faire considérer ces deux fœtus, quelque disproportion de développement qu'il y eut entre eux, comme des jumeaux, dont l'un serait mort vers le troisième mois de sa vie et dont l'autre aurait continué à se développer jusqu'au sixième.

En effet, la dégénérescence graisseuse du fœtus et la transformation encéphaloïdoforme de son placenta, prouvent que sa mort datait déjà de quelques semaines et que sa conservation aura dépendu du manque de circonstances nécessaires pour amener sa putréfaction. Il est inutile de dire qu'il est plus que probable que ce corps mort aura provoqué l'avortement de l'autre enfant.

Si l'on recherche, maintenant, les causes de la mort du petit fœtus, on se trouvera, comme pour tout ce qui regarde la mystérieuse fonction de la génération, lancé dans le vaste champ des hypothèses. Était-ce une maladie du placenta ou du fœtus lui-même? Est-ce la maladie de la mère, la petite vérole survenue vers le quatrième mois de la grossesse qui a tué l'un des enfants? Le développement de celui-ci coïnciderait assez avec cette époque; mais alors, pourquoi l'autre n'est-il pas mort aussi?

Tout le corps du fœtus présentait une couleur grise pâle, uniforme et il paraissait formé d'une matière grasse solide analogue à celle qu'on trouve dans quelques lipômes. La tige ombilicale, longue de trois pouces, de deux lignes de diamètre, ayant subi la même transformation graisseuse que le fœtus, s'at-

tachait au milieu d'un placenta long de quatre pouces et large de deux, offrant d'un côté l'épaisseur d'un pouce et celle de quelques lignes de l'autre ; il offrait une couleur marbrée de blanc-rose et jaune et une consistance assez compacte ; son tissu ainsi dégénéré semblait avoir beaucoup d'analogie avec celui qu'on trouve dans quelques tumeurs encéphaloïdes marbrées de rose. On distinguait très-bien l'amnios et le chorion ; celui-ci présentait à sa surface externe, quelques villosités molles, ressemblant au tissu du placenta; cette membrane était attachée au placenta, dans son point de jonction, par des fibres blanches très-tenaces.

Le petit placenta était accollé par son côté le plus épais à l'un des bords du placenta du grand fœtus. Cette réunion était si intime qu'on déchirait plus facilement le tissu du petit placenta que de pouvoir les désunir au point d'attache.

Le grand placenta était régulièrement conformé et ne présentait d'autre particularité que le point d'insertion de son cordon, qui avait lieu à un pouce du côté où le petit placenta s'attachait.

Cette femme, interrogée sur son état de santé pendant sa grossesse, déclara avoir été atteinte de la petite vérole vers le quatrième mois ; cette affection avait régulièrement parcouru ses périodes, elle ne se rappelait aucune autre particularité de maladie ou d'affection morale.

Est-ce parce qu'il était plus fort ? Mais qui le sait? On voit qu'on pourrait faire ici des suppositions à perte de vue, mais qu'on devrait toujours revenir au même point, à avouer que nous n'en savons rien.

Au lieu donc de continuer à disserter sur ce cas unique nous nous bornerons à le consigner ici, afin que réuni à d'autres du même genre il puisse servir un jour à jeter quelque lumière sur un sujet aussi controversé.

Anvers, le 30 décembre 1839.

ANALYSE D'UN OUVRAGE INTITULÉ :

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE RÉTRÉCISSEMENT ET SUR LES FISTULES DU CANAL DE L'URÈTHRE ;

Par M. SECRETAN, D. M. P. (1).

L'auteur rapporte à trois classes les causes des rétrécissements du canal uréthral :

1° Aux altérations de la muqueuse uréthrale ;

2° Aux altérations des parois de ce canal ;

3° Aux altérations des parois voisines.

Parmi les altérations de superficie capables de rétrécir le conduit excréteur de l'urine, il range : 1° les ulcérations ; 2° les cicatrices ; 3° les végétations ; 4° les fausses membranes, semblables à celles qu'on rencontre dans la diphthérite, et dont Laënnec a signalé l'existence dans le canal urinaire.

Les végétations dans le canal de l'urèthre admises par Ambroise Paré et quelques autres chirurgiens de son époque, furent révoquées en doute par Brunner, J.-L. Petit, Ducamp et quelques autres ; mais M. Ricord en a, depuis peu, prouvé l'existence, et ce chirurgien les regarde même comme assez fréquentes.

Les altérations d'épaisseur se présentent d'abord sous la forme d'hypertrophie molle, et, plus tard, sous la forme d'hypertrophie dure ou calleuse. Elles sont ou spécifiques ou le résultat de l'inflammation. L'auteur fait remarquer avec M. Ricord que, plus ces indurations sont loin du méat urinaire, c'est-à-dire du point où le virus a été appliqué, moins il y a de probabilité qu'elles soient spécifiques. Nous croyons à la justesse de cette remarque qui peut avoir des conséquences pratiques très-importantes.

La classe des rétrécissements dûs aux altérations d'organes voisins, se rapportent surtout aux différentes maladies de la prostate.

Considérant, ensuite, les rétrécissements sous un autre point de vue, l'auteur les divise en permanents et en temporaires. Parmi ces derniers, il cherche à établir l'existence des rétrécissements spasmodiques admis par MM. Lallemand et Ricord et contestés par M. Amussat. Les raisons qu'il déduit ne nous paraissent pas péremptoires, aussi croyons-nous devoir répondre aux arguments qu'il fait valoir pour établir leur existence.

« La preuve qu'ils existent, dit M. Ricord, c'est qu'il est des sujets

(1) MM. Henrotay, *rapporteur*, J. Koyen et C. Hartwig, *commissaires*.

chez qui une bougie d'une ligne ne pénètre pas, et chez qui une bougie de plus de trois lignes, pénètre sans peine, lorsqu'on détourne leur attention. » Depuis les belles recherches de M. Mayor, ce fait s'explique naturellement; le bec d'une très-petite sonde s'engage bien plus facilement dans les replis de la muqueuse, et rencontre là un obstacle qui n'existe pas pour une sonde beaucoup plus grosse.

« Ce qui le prouve encore, dit l'auteur, c'est qu'on voit, assez souvent, une bougie être expulsée, et, en quelque sorte, éjaculée de l'urèthre. » Mais le glissement de la sonde, qui éprouve toujours plus d'obstacles à entrer qu'à sortir, puisque les replis de la muqueuse se rapprochent au delà du bec de cet instrument, tandis qu'en avant ces replis sont relevés par celui-ci, ne suffit-il pas pour expliquer ce phénomène; d'autant plus que la plus grande partie de la sonde, qui est aussi la plus pesante, se trouvant à l'extérieur, tend à l'entraîner tout entière hors du canal.

L'auteur examine, ensuite, la symptomatologie des rétrécissements, et il décrit les principaux moyens imaginés pour en rapporter l'empreinte. Nous ne croyons guère à l'utilité de ces moyens; plusieurs fois, nous les avons vus employer sans avantage notable. Les raisons que nous pourrions faire valoir contre leur utilité, exigeraient des développements auxquels nous ne pouvons pas nous livrer ici.

M. Secretan, passant au pronostic, regarde les rétrécissements qui dépendent de cicatrices ou de végétations comme les plus fâcheux, à cause de leur grande tendance à se reproduire; en second lieu, les rétrécissements calleux, par la grande difficulté que l'on éprouve à les vaincre. Les rétrécissements par hypertrophie molle cèdent le plus facilement, et ce sont aussi ceux où la guérison se maintient le mieux.

Il entre, ensuite, dans quelques détails sur les résultats fâcheux qui peuvent naître des rétrécissements qu'il rapporte à la résorption de l'urine et aux efforts violents souvent répétés que fait le malade pour uriner.

A l'article du traitement prophylactique, M. Secretan ne croit pas, ainsi que quelques médecins l'ont prétendu, que les injections puissent donner lieu aux rétrécissements, à moins qu'elles ne soient trop irritantes, et qu'elles n'agissent dans le sens de la blennorrhagie, au lieu de la combattre. Nous croyons même que les injections, employées dans de justes bornes et à certaines époques de la maladie, étant un des moyens les plus actifs pour faire disparaître les blennorrhagies, s'opposent à la production des rétrécissements, qui reconnaissent le plus souvent pour cause, ainsi que M. Secretan l'établit, l'inflammation chronique de la muqueuse uréthrale.

L'auteur passe ensuite en revue les principaux moyens de traitement appliqués à ces rétrécissements, et il les range sous trois chefs :

1° La dilatation ;
2° La cautérisation ;
3° Les scarifications, les incisions, les mouchetures.

La dilatation lui semble le moyen le plus convenable, qui suffit le plus ordinairement, et par lequel ont doit toujours commencer. Mais cette dilatation peut se faire de différentes manières : l'auteur paraît donner la préférence à la dilatation forcée de M. Mayor et des considérations dans lesquelles il entre à ce sujet, il déduit la double loi suivante, qui se rapproche beaucoup de celle de l'illustre chirurgien de Lausanne.

1° Le calibre de l'instrument doit être en raison inverse de la difficulté qu'il a de frayer la voie ;

2° La voie une fois ouverte, le calibre de l'instrument devra être augmenté en raison directe de la résistance qu'on éprouve.

Il décrit également les autres méthodes curatives, et il cherche à établir les circonstances qui indiquent spécialement l'emploi de chacune des différentes méthodes :

1° Pour tous les rétrécissements, ayant pour cause les altérations de surface, excepté les cicatrices, comme végétations, fongosités, surfaces saignantes et très-sensibles : cautérisation ;

2° Pour tous ceux qui ont pour cause les altérations d'épaisseur, hypertrophie molle, hypertrophie dure : dilatation ;

3° Pour tous ceux qui résistent aux deux premières, comme cicatrices, brides, certaines callosités : incision ;

4° Enfin, pour ceux qui ont pour cause des altérations des parties environnantes de l'urèthre, traitement approprié à la nature de l'altération.

La deuxième partie du travail de M. Secretan traite des fistules de l'urèthre.

Nous ne le suivrons pas dans la description des causes et des symptômes de ces affections.

En parlant de leur prophylaxie, l'auteur rappelle un précepte que nous avons également entendu recommander par M. Lisfranc, c'est de ne jamais appliquer de sangsue sur la verge, parce que le tissu cellulaire lâche qui double la peau de cet organe, de même que celle des paupières, s'infiltre constamment à la suite de pareilles applications. L'engorgement qui en résulte peut ne se résoudre qu'incomplétement, et se circonscrire en tumeurs, qui peuvent se terminer par des abcès. Il dit avoir vu deux exemples d'abcès ayant donné lieu à des fistules uréthrales, à la suite d'applications de sangsues faites sur la verge, pour diminuer l'inflammation d'uréthrites très-intenses. M. Ricord a vu deux fois la peau de la verge tomber en gangrène, à la suite de pareilles applications. Il faut, dans ce cas, les appliquer au périnée.

Dans le traitement curatif de ces fistules, on a, selon l'auteur, les indications suivantes à remplir :

1° Détruire les obstacles qui s'opposent au libre cours de l'urine, s'il en existe ;

2° Raviver les lèvres des fistules et les trajets fistuleux, quand la fistule est ancienne et recouverte d'une membrane ;

3° Tenir en contact les lèvres de la plaie, ainsi que les parois des trajets fistuleux ;

4° Inciser les trajets sinueux qui sont accompagnés de décollement des téguments ;

5° Enfin empêcher, dans les cas qui l'exigent, par le moyen des sondes, l'introduction de l'urine dans la fistule.

L'auteur explique les moyens de remplir ces différentes indications ; nous ne le suivrons pas dans les considérations auxquelles il se livre à ce sujet, ni dans la description des instruments qu'il a imaginés, et dont les avantages sur ceux que nous possédons, ne nous ont pas semblé suffisamment établis, pour justifier leur introduction dans l'arsenal chirurgical.

Votre commission, messieurs, a vu dans l'ouvrage de M. Secretan des observations intéressantes et des réflexions judicieuses; elle vous propose d'admettre l'auteur au nombre des membres correspondants de votre Société.

Anvers, 7 mars 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

LA PLÉTHORE ET LA GASTRALGIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ;

Par Louis PETIT,

Chirurgien-accoucheur à Watou, membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Bruges, etc.

La position du médecin est des plus délicates lorsqu'il doit entreprendre le traitement des maladies qui affligent les femmes enceintes : cette réflexion est surtout applicable au jeune praticien chez lequel le peu d'expérience fait souvent tourner la louable circonspection en préjudiciable expectation.

Outre les maladies de toute espèce dont les femmes grosses peuvent être affectées, et les anomalies nerveuses que l'utérus, chargé du produit de la conception, engendre naturellement et sympathiquement, les affections qui les incommodent le plus fréquemment sont : la pléthore et la gastralgie ou dyspepsie.

De la pléthore.

C'est surtout vers le milieu de la gestation, ou, plus tôt encore, chez les femmes sanguines, que la pléthore absolue ou relative commence à incommoder la femme. Après la période de concentration des forces vitales vers le système utérin, et l'orage des sympathies nerveuses, tout l'organisme de la femme reprend un nouveau surcroît d'énergie vitale. Alors, la matrice, augmentant journellement et plus rapidement de volume qu'à toute autre époque, occupe déjà une partie de la cavité abdominale, refoule les intestins, comprime les gros vaisseaux, gêne la circulation et produit des hypérémies ou des congestions viscérales, surtout des poumons et du cerveau. De là, somnolence ou som-

meil lourd et inquiet, étourdissements, dyspnée, pesanteur générale, accablement physique et moral. La pléthore générale peut causer l'hypérémie du système utérin, et partant occasionner des pertes inquiétantes et l'avortement.

Une saignée du bras, proportionnée aux forces de la femme, remédie à toutes ces incommodités. C'est en diminuant la densité et la viscosité de la masse sanguine et en rétablissant l'équilibre organique dérangé par l'inégale distribution des forces vitales que la phlébotomie calme ou fait cesser des excitations ou des sympathies nerveuses morbides; et, en activant l'absorption interstitielle, elle favorise la disparition des sécrétions et exhalations anomales, et elle active l'appétit et les digestions.

Les déplétions sanguines préviennent encore la dilatation variqueuse des jambes, semblent influencer d'une manière favorable la marche du travail, et prévenir les pertes et les phlegmasies consécutives.

On peut saigner à toute époque de la grossesse, s'il y a urgence; autrement, il vaut mieux, ce me semble, d'attendre la fin du troisième mois, pour les raisons signalées. Avant ce terme prédomine l'irritabilité nerveuse, qui, le plus souvent, contre indique les soustractions sanguines. Pratiquées trop tôt, il faut souvent, plus tard, les répéter encore, quand l'hématose sera devenue plus active; et saigner sans nécessité est toujours une pratique nuisible, en ce qu'elle favorise l'hématose aux dépens des sécrétions et de la nutrition générale, et qu'elle augmente la disposition qui reproduira la pléthore.

Négliger la saignée ou la différer quand l'état de la femme la réclame, c'est la laisser souffrir, c'est l'exposer aux accidents que peut causer l'abondance du sang avant, pendant et après la délivrance.

Parfois, on trouve chez les femmes les plus pléthoriques un pouls petit, concentré, mais plus ou moins dur et qui se développe après la saignée. D'autres fois, un tel pouls offre un peu de fréquence; c'est alors surtout que la phlébotomie est indispensable et salutaire.

Le médecin-accoucheur sait de quelle utilité devient cette opération pendant le travail, lorsque celui-ci est long et labo-

rieux, soit pour accélérer le terme de la délivrance, lorsque la rigidité ou la congestion de l'utérus entraîne les efforts expulsifs, soit pour arrêter une perte due à la pléthore, soit enfin pour prévenir des métropéritonites puerpérales et autres accidents.

De la gastralgie.

La gastralgie se présente ordinairement sous les formes nerveuses et saburrales.

De la gastralgie ou dyspepsie nerveuse.

Cette forme attaque de préférence les femmes sensibles, délicates, nerveuses, menant une vie sédentaire, sujettes aux affections morales tristes. On l'observe principalement dans les trois ou quatre premiers mois qui suivent la conception. Elle s'exaspère sous l'influence d'une atmosphère froide, humide ou chargée de fluide électrique et lorsque le vent souffle du nord.

La douleur varie, depuis le sentiment de malaise ou de constriction épigastrique, jusqu'au degré le plus aigu. Chez quelques personnes la douleur les tourmente d'une manière presque continuelle pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines; mais elle est communément exacerbante, surtout vers la fin de la première digestion et après l'ingestion de certains aliments.

Elle n'augmente pas par la pression extérieure. Il n'existe pas de symptômes d'embarras gastrique ni de mouvement fébrile. L'appétit est ordinairement bon, mais parfois capricieux et déréglé.

Les digestions peuvent être laborieuses, douloureuses, par l'effet des spasmes, des accumulations de gaz ou d'autres anomalies du système nerveux ou de la chimie vitale. La trop grande sensibilité de l'estomac cause souvent le vomissement.

Lorsque la gastralgie est légère ou vague, elle se dissipe ordinairement sous l'influence salutaire des moyens hygiéniques. Tels sont, surtout, un régime approprié au tempérament des malades et aux idiosyncrasies de l'estomac; des exercices convenables, des amusements, des distractions et occupations agréa-

bles; l'usage des vêtements de flanelle sur la peau, surtout dans les saisons froides et humides, des chaussures chaudes, etc.

Lorsque la névropathie gastrique est trop intense ou rebelle aux agents hygiéniques, l'emploi bien dirigé des médicaments narcotiques ou stupéfiants qui ne suppriment pas les sécrétions naturelles, ainsi que les toniques, les antispasmodiques et les carminatifs, purs ou unis aux émollients m'ont souvent rendu d'éminents services. Chez les personnes d'un tempérament nerveux sec et à ventricule très-irritable, il arrive que rien ne soulage mieux leurs gastralgies que les substances émollientes et adoucissantes administrées à l'intérieur et à l'extérieur. Enfin, dans les cas les plus rebelles et lorsque l'estomac rejetait tout ingesta, je suis parfois parvenu à calmer cet orage nerveux par des lavements rendus légèrement narcotiques et par des rubéfiants appliqués à l'épigastre.

Les moyens prophylactiques consistent à faire perdre à l'estomac cette sensibilité exaltée, surtout par un régime fortifiant et l'exercice musculaire : mais pour atteindre ce but il est une précaution essentielle à prendre, c'est de ne pas révolter la susceptibilité de l'organisme par un changement de vie trop brusque. Même observation à faire quant à l'emploi des toniques et des antispasmodiques : pour ne pas révolter la sensibilité gastrique, on débute par des doses faibles et répétées, doses qu'on augmente graduellement à mesure que le médicament soulage, jusqu'à l'effet désiré.

Il va sans dire que si la gastralgie était l'effet d'une phlegmasie, ce qui est rare, ou d'une affection organique de l'estomac, il faudrait employer un traitement approprié à la nature du mal et aux circonstances où se trouve la maladie.

De la gastralgie ou dyspepsie saburrale.

Cette forme attaque principalement les femmes bilieuses, lymphatiques et assez rarement avant le deuxième ou le troisième mois de la grossesse. Elle semble être causée par l'exubérance des matières bilieuses, muqueuses, ou dépendre d'une altération des sucs gastriques, devenus plus acides, âcres, et parfois de l'existence d'entozoaires; matières qui fatiguent et irritent la

muqueuse gastrique, et d'autant plus facilement que les vomissements deviennent rares à cette époque.

La malade éprouve les symptômes de l'embarras gastrique, tels que : céphalalgie susorbitaire ou vertiges, nausées, bouche mauvaise, gastrorrhée ou éructations gazeuses, acides ou nidoreuses, plus ou moins douloureuses; souvent, haleine fétide; appétit faible ou nul ; la douleur ou le malaise à l'épigastre augmente pendant la digestion; à jeun un sentiment pénible d'évanouissement ou de faiblesse remplacent la douleur ou constriction épigastrique. Cette affection se complique, souvent, d'un embarras intestinal caractérisé par de légères coliques, des borborygmes, de la constipation ou du dévoiement.

Le traitement le plus efficace et le plus court consiste dans l'administration d'un léger vomitif, s'il n'existe point d'autre contre-indication que la grossesse, et si la malade rend facilement : dans le cas contraire, un léger purgatif est préférable. Dans cette espèce de gastricité, les toniques, les anodins, les carminatifs, les alcalins ne calment point ou ne soulagent que momentanément s'ils n'exaspèrent pas le mal.

Chez les personnes lymphatiques ou cacochymes, mal nourries, la muqueuse gastrique se trouve parfois dans un état d'hyposthénie fâcheux; la dissolution des aliments est lente et difficile, et le trop long séjour de la pâte chymeuse dans l'estomac fatigue ce viscère, ou elle devient acide et irritante; alors les bienfaits d'une alimentation nutritive et des toniques contribuent à dissiper cette espèce de dyspepsie, soit en remontant le ton de la muqueuse digestive soit en changeant sa vitalité ou les sécrétions morbides des sucs gastriques. La cavité stomachale peut contenir des matières saburrales, causant la dyspepsie, quoique la langue soit nette et l'appétit assez bon; mais alors la céphalalgie susorbitaire et la mauvaise bouche que la malade ressent le matin ainsi que les renvois acides ou nidoreux, etc., éclairent le diagnostic, et une évacuation gastrique termine l'affection. Si la langue devient blanche et la bouche pâteuse avec anorexie, la répétition d'une purgation, deux ou trois jours plus tard, rétablit la santé.

Est-il besoin de dire qu'on doit éviter l'emploi du tartre sti-

bié et des purgatifs répétés ou drastiques, ou qui portent une influence spéciale sur le système utérin, tels que l'aloès, etc. La saignée précédera la médication purgative quand il y a pléthore ou hypérémie viscérale. Enfin, on s'abstiendra de donner des vomitifs, autant que possible, après le cinquième mois de la grossesse.

On parvient souvent à faire disparaître un embarras gastrique intestinal par la diète prolongée pendant plusieurs jours et les boissons délayantes; mais outre que cette méthode est longue et pénible, les femmes délicates et surtout celles qui sont enceintes ont de la peine à jeûner : elles éprouvent un sentiment de faiblesse et de tiraillements pénibles à l'épigastre, du malaise, des vertiges, incommodités qui les obligent à prendre des aliments.

Pendant les quinze années de ma pratique je n'ai jamais pu suivre l'avortement ou autres accidents après l'emploi opportun et prudent des saignées, et des vomitifs ou des purgatifs, à quelque époque de la grossesse que ce fût. L'excitation que ces médicaments déterminent n'est que passagère, tandis que celle produite par la présence des matières hétérogènes dans les premières voies est pour ainsi dire continue, et de plus leur absorption peut rendre malade. Enfin j'ai bien souvent pu remarquer que les femmes attaquées de pertes, d'avortement, de métro-péritonites, etc., étaient celles qui avaient négligé leurs indispositions pendant le temps de la gestation.

—

OBSERVATIONS DE CALCULS VÉSICAUX,

TRAITÉS PAR LA TAILLE BI-LATÉRALE;

Communiquées à la Société par M. VERHAEGHE,

Chirurgien-accoucheur à Ostende, membre correspondant, etc.

Obs. I. — Un garçon, âgé de 13 ans, nommé Jean Coopman, d'une constitution forte et d'une petite stature, éprouvait depuis l'âge de cinq à six ans, tous les signes rationnels de la pierre : on eut beaucoup de peine à le sonder, il ne fallut pas moins de

cinq à six personnes pour le maintenir, et encore n'y parvint-on que difficilement. Je réussis enfin à surmonter son indocilité, au moyen d'un corset, fixé à une table par des lanières en cuir; de cette manière on put facilement s'assurer par le cathéter de l'existence d'un corps étranger dans la vessie. Le malade fut soumis, à différentes reprises, à l'introduction de la sonde; autant pour l'habituer à la présence de l'instrument dans l'urèthre, que pour acquérir, ainsi que mes collègues, la certitude de la présence de la pierre.

L'opération fut pratiquée le 8 août 1836; immédiatement avant de commencer l'opération la présence du calcul fut de nouveau constatée. Le malade fut placé comme à l'ordinaire, et maintenu dans l'immobilité au moyen du corset ci-dessus mentionné. Le cathéter cannelé fut tenu par un aide dans la direction perpendiculaire au tronc. Une incision semi-lunaire, dont la partie moyenne passait à sept lignes au-devant du bord de l'anus, divisa la peau, le tissu cellulaire et les muscles. L'ongle du doigt indicateur de la main gauche, appuyant sur la cannelure du cathéter, servit de conducteur à la pointe du bistouri, qui divisa la portion membraneuse de l'urèthre dans l'étendue de trois lignes environ. Le lithotome double, fixé préalablement à sept lignes, fut introduit de la même manière et glissé le long de la cannelure jusque dans la vessie; un flot d'urine qui s'échappa par la plaie et le contact de l'instrument avec la pierre, indiquèrent qu'il était parvenu dans la vessie. Le cathéter devenu inutile fut alors retiré, et le lithotome, retourné de manière à présenter en bas sa concavité, fut ouvert et retiré avec lenteur, en abaissant graduellement le manche vers l'anus pour éviter de blesser le rectum en le contournant. L'indicateur gauche introduit de nouveau dans la plaie jusque dans la vessie, servit de conducteur aux tenettes; la pierre fut saisie avec une grande facilité, mais sa nature très-friable la fit briser en plusieurs fragments qui furent successivement extraits. Quelques injections émollientes terminèrent l'opération, pendant laquelle le malade n'avait perdu tout au plus que quatre onces de sang. La pierre avait quinze lignes de longueur et dix d'épaisseur. Tout marcha bien pendant les premières heures après l'opération; mais le lendemain se

montrèrent les symptômes d'une péritonite sur-aiguë à laquelle le malade succomba rapidement.

Autopsie. — Le péritoine offre partout des traces d'une vive inflammation : il y a épanchement d'environ deux pintes de sérosité purulente et floconneuse dans la cavité de cette membrane séreuse. Les parois de la vessie sont épaissies, hypertrophiées; la tunique séreuse offre quelques points enflammés, comme le reste du péritoine. Cette hypertrophie est plus marquée à la face postérieure de la vessie qui est confondue dans une grande étendue, avec la paroi antérieure du rectum. A l'intérieur de la vessie, il existe au bas-fond une plaque livide, large de deux pouces; dans cet endroit les tuniques sont très-épaissies, dures, et résistantes au scalpel. C'est là, sans doute, l'endroit où la pierre a reposé pendant si longtemps. La membrane muqueuse n'offre pas d'autres traces d'inflammation. Le tissu cellulaire du grand et petit bassin est à l'état normal. Les parties divisées pendant l'opération, le sont dans une étendue exactement déterminée d'avance; la base de la prostate a été laissée intacte; il reste encore de chaque côté deux à trois lignes de tissu de cette glande non divisée. Ceci est un point de grande importance, car en divisant complétement la base de cette glande on incise le fascia périnéal supérieur ou aponévrose périnéale profonde. Les lèvres de la plaie de la prostate s'écartent facilement et il ne reste alors aucun obstacle à une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire profond du bassin.

Il est donc plus que probable que ce malade aurait succombé à toute autre méthode d'opérer.

Obs. II. — Le sujet de cette observation est un petit garçon âgé de trois ans et demi, bien constitué, qui, depuis environ dix-huit mois, offrait tous les signes rationnels d'une pierre dans la vessie. L'exploration de cet organe par le cathéter, avait fait reconnaître l'existence d'un calcul; la pierre fut sentie de nouveau immédiatement avant de procéder à l'opération, celle-ci fut pratiquée le 11 novembre 1836. L'incision extérieure présenta quelques difficultés à cause d'une chute du rectum qui se renouvelait à chaque instant; un aide se chargea de maintenir la membrane muqueuse au moyen d'une éponge. Le lithotome fixé à cinq li-

gnes et demie, étant introduit le long du cathéter, ne rencontra pas la pierre, et la vessie ayant été vidée par les efforts répétés du petit malade, il ne s'écoula pas d'urine par la plaie; de manière que j'étais privé des deux signes certains de la présence de l'instrument dans la vessie.

Dans le doute je préférai retirer le lithotome pour le réintroduire le long du cathéter, après avoir toutefois introduit de nouveau ce dernier instrument par la verge, ce qui ne présente aucune difficulté : cette fois la pierre fut sentie facilement. Le lithotome fut ouvert et retiré avec lenteur dans la direction voulue pour inciser la prostate.

L'extraction de la pierre n'offrit rien de particulier à noter : elle avait un pouce de long et quatre lignes de large.

L'incident qui m'a fait introduire le lithotome à deux reprises, a retardé la prompte exécution de l'opération, qui a duré six minutes: mais je pense qu'un excès de prudence n'est pas blâmable dans une pareille circonstance. Les exemples de lithotomes égarés entre la vessie et le rectum sont assez nombreux, et le précepte de ne jamais ouvrir l'instrument avant d'avoir senti de nouveau la pierre et jugé de son volume, devrait toujours être présent à la mémoire de l'opérateur.

Rien n'est venu déranger la prompte guérison de cet enfant. Les urines ont commencé à passer par la verge le quatrième jour, et le vingtième après l'opération, la plaie était complétement cicatrisée.

Obs. III. — Un garçon de douze ans, nommé Jacques De Clerck, d'une constitution forte et sanguine, offrait depuis cinq à six ans tous les signes rationnels d'un calcul vésical : il ne pouvait lâcher les urines qu'en se couchant sur le dos; position dans laquelle le calcul, entraîné par son propre poids vers la partie postérieure du bas-fond de la vessie, laissait l'ouverture de l'urèthre libre. Les urines, parfois sanguinolentes, déposaient toujours un mucus purulent. Le cathéterisme pratiqué à différentes époques, donnait, chaque fois, la preuve évidente de l'existence d'une grosse pierre.

L'opération étant le seul moyen de guérison pour cet infortuné, il y fut convenablement préparé et je la pratiquai à l'hôpital

civil le 27 février 1858, en présence de plusieurs médecins qui reconnurent de nouveau l'existence d'un calcul, immédiatement avant de commencer l'opération. Rien n'est venu retarder la prompte exécution de celle-ci, et cinq minutes ont suffi pour amener au dehors une pierre ayant dix-neuf lignes en longueur et quinze en épaisseur. Le malade fut porté dans un lit convenablement disposé à l'avance. Les urines ont commencé à couler par la verge le dix-neuvième jour après l'opération : et la cicatrisation de la plaie a été complète au bout de cinq semaines.

Réflexions. — Cette nouvelle méthode me paraît offrir des avantages incontestables. D'abord elle ouvre une voie courte et directe du périnée à la vessie, ce qui facilite beaucoup la recherche et l'extraction des corps étrangers. Elle permet de faire une ouverture suffisamment large pour le passage de grosses pierres, sans intéresser le corps de la vessie. L'incision de chaque côté de la prostate dans l'étendue de neuf lignes, ne dépasse pas la base de cette glande, et n'intéresse pas l'aponévrose périnéale supérieure, ce qui rend pour ainsi dire impossible, l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire profond du bassin : car cette aponévrose laissée intacte offre une barrière qui divise le tissu cellulaire du grand bassin avec celui du petit bassin. Le tronc de l'artère honteuse interne ne court aucun risque d'être blessé par le lithotome ; en effet, chez l'adulte, les tubérosités ischiatiques, contre le côté interne desquelles ces artères sont placées, sont distantes de deux pouces à deux pouces et demi, tandis que le plus grand écartement qu'on puisse donner aux lames tranchantes de l'instrument, ne dépasse jamais dix-huit lignes.

Les artères transverses du périnée, généralement distantes de douze à quinze lignes de l'anus, échappent aussi. Les artères périnéales superficielles sont les seules qui pourraient être blessées, et si elles conservent leur direction normale, elles restent encore au dehors du champ des incisions.

Les hémorrhagies qu'on a vu survenir à la suite de la taille bi-latérale, ont eu leur origine dans la blessure d'un plexus veineux entourant le col de la vessie; ou bien dans la direction anormale des artères ci-dessus indiquées, et dans ces cas aucune méthode ne saurait mettre à l'abri de ce fâcheux accident.

Il est évident que l'exécution de l'opération n'est ni plus difficile, ni plus longue que celle de la taille latéralisée. L'expérience a prouvé que la réunion de la double division de l'urèthre et de la prostate, s'opère aussi promptement, qu'après la division simple de ces parties : chez le sujet de ma deuxième opération, les urines ont commencé à passer par la verge le quatrième jour, et la plaie était complétement fermée le vingtième après l'opération : c'est un succès peu ordinaire après une opération de taille.

—

OBSERVATION

DE FRACTURE VERTÉBRALE DÉTERMINÉE SOUS L'INFLUENCE D'UNE CAUSE INDIRECTE;

Par M. le docteur Auguste WOETS,

Médecin à Dixmude, membre de la Commission médicale de la Flandre Occidentale et de la Société médico-chirurgicale de Bruges, etc.

Il est des accidents remarquables par leur extrême rareté; le devoir de l'homme de l'art qui est appelé à les observer est de les recueillir soigneusement, de les rédiger, et de leur donner toute la publicité que réclame leur degré d'importance. Celui que j'ai l'honneur de présenter à la Société médico-chirurgicale de Bruges, appartient à ce petit nombre. Voici le fait.

Les deux frères Vandaele de Woumen exerçaient la profession de scieurs de long; le cadet, Ange, âgé de 21 ans, et qui fait le sujet de cette observation, était faible; sa taille svelte, le système musculeux médiocrement développé; sa croissance avait été rapide et semblait s'être opérée au détriment de sa force; sa santé néanmoins se conservait assez bien pour soutenir un travail journalier assez rude. Le 21 août 1838 les deux frères se livraient à leurs occupations habituelles; il s'agissait de scier en long pour en faire des planches, une poutre de bois de chêne, dont le poids, établi d'une manière approximative, était de deux mille livres. Déjà le sciage de l'extrémité de la poutre qui dépassait l'un des tréteaux était terminé, et pour

continuer l'ouvrage il fallait nécessairement reculer ce tréteau afin de rendre accessible à la scie le lieu ou avait cessé le premier travail. A cette fin on se sert habituellement d'un instrument spécial, techniquement appelé vindas, à l'aide duquel on soulève avec une extrême facilité les arbres de toute dimension, quelles que puissent être d'ailleurs et leur longueur et leur épaisseur. Ces deux jeunes gens inexpérimentés et ayant toute l'imprévoyance de leur âge, crurent, pour leur malheur, qu'il serait plus expéditif et tout aussi sûr d'exécuter cette périlleuse opération sans l'aide d'un instrument quelconque. En conséquence, Ange le plus jeune se plaça sous la poutre vers l'extrémité sciée, tandis que l'aîné était chargé, pendant l'acte de soulèvement d'enlever et de reculer le tréteau.

Cette poutre comme on le conçoit bien, n'était pas placée à la hauteur de sa taille; Ange fut donc obligé au préalable de se courber, puis, par un mouvement de redressement, il tenta de la soulever de la tête. Dans ce court intervalle, par un accident quelconque, le tréteau se renversa avant que l'aîné put l'atteindre; le cadet ne pouvant malheureusement tenir levée à cette hauteur une pièce de bois qui avait onze pieds de long sur vingt-trois pouces de haut et onze de large, et se trouvant ainsi pressé entre le poids de la poutre et la résistance du sol, cet infortuné jeune homme ploya sous cet énorme fardeau et fit entendre en tombant un craquement très-distinct. Incontinent des personnes du voisinage accoururent vers l'endroit ou ce déplorable accident se passa et trouvèrent le blessé gisant sans mouvement. Il fut immédiatement transporté à l'hôpital où je le vis six heures après l'événement. Au premier récit j'attribuai cette lésion à la chute immédiate de la poutre sur la région vertébrale; cependant des circonstances commémoratives plus précises, la parfaite intégrité des parties tégumentaires dorsales, la distance qu'il y eut entre le blessé et l'arbre, distance qui était au moins de cinq pieds, enfin l'aveu et surtout la position du jeune homme qu'on trouva couché sur le dos, toutes ces considérations ne tardèrent pas à me forcer à renoncer à mon idée primitive et à attribuer à une cause indirecte ce que dans le principe je crus être l'effet d'une cause directe. Dans ce fait

si remarquable j'ai apporté dans l'investigation des lésions l'attention la plus scrupuleuse, et voici ce que des recherches minutieuses m'ont fait découvrir : le corps n'offrait à l'extérieur aucune division de parties molles, aucune ecchymose, en un mot aucune trace de violence quelconque, seulement le lieu correspondant à celui de la vertèbre fracturée et luxée offrait une tumeur à peu près égale au volume du poing. La crépitation dans cette tumeur était évidente; il y avait paralysie complète des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum; les matières fécales et les urines étaient retenues les deux premiers jours; le malade ne se plaignait d'aucune douleur, si ce n'est dans le cas où on cherchait à le soulever pour faire l'examen de la région blessée; il n'offrait aucune réaction fébrile et le pouls était plutôt faible que fort; la face même ne présentait aucun trait d'altération; la sensibilité des membres inférieurs était totalement abolie et la peau fortement pincée entre les doigts n'excitait aucune sensation de douleur; il croyait ses jambes entièrement mortes (expression du malade). La vue de cet horrible délabrement me fit bientôt apprécier toute l'étendue du mal. Il était évident pour moi que dans une circonstance aussi grave l'art était tout à fait impuissant; qu'il n'était pas au pouvoir de la chirurgie de remédier à un désordre aussi affreux et que le devoir du médecin se réduisait presque au rôle de spectateur passif, sauf à conduire le blessé vers l'inévitable terminaison fatale avec le moins de secousses et le moins de douleurs possibles. Quant au jeune homme il paraissait dans une entière sécurité; l'absence de douleur était pour lui une garantie de parfaite curabilité.

Malheureusement cette illusion devait bientôt s'évanouir. Le second et le troisième jour (22 et 23 août) aucun changement dans les symptômes. A dater du 24 le malade rendit les urines et les fèces involontairement. Le 25, 26 et 27 le pouls ne se releva pas et fut remarquable par une grande irrégularité; le malade obligé de rester constamment couché sur le dos commença à éprouver à la région de la vertèbre fracturée une douleur assez vive; dans cet endroit la peau violemment soulevée par la tumeur offrit des signes d'inflammation. Le 28 il s'établit une réaction fébrile; la figure de pâle qu'elle avait toujours été,

prit un teint plus animé; le pouls devint accéléré, petit et serré; toujours défécation et mixtion involontaires, la douleur de l'endroit qui fut le siége du mal, augmenta ainsi que la rougeur et la chaleur. Le 29 tous ces symptômes gagnaient en gravité; la respiration offrait de la gêne et la position de prédilection du malade était celle dans laquelle se trouvant presque sur son séant, la tête était quelque peu rejetée en arrière. La nuit suivante le délire s'empara d'Ange Vandaele; tous les phénomènes de la réaction furent plus prononcés; la respiration déjà entreprise, devint pénible, laborieuse; l'inflammation des parties tégumentaires qui couvraient la saillie vertébrale offrait une tendance à la gangrène; déjà l'eschare était formée. Les jours suivants (30 et 31) marche progressive des symptômes; le délire était plus continu et ne laissait que quelques instants rares et fort courts de lucidité; la fièvre gagnait en violence; le blessé était en proie à une cruelle anxiété, à l'angoisse; le ventre était ballonné quoique indolore, l'irrégularité du pouls était plus prononcée encore; cet état persista pendant deux jours. Enfin le 2 septembre vers le soir le malade était à l'article de la mort et succomba le lendemain. Dans ce récit, je me suis borné à tracer le tableau des symptômes qu'ont fait naître ces graves désordres; quant au traitement, il a nécessairement dû se limiter à quelques moyens généraux, tels que l'évacuation, pendant les deux premiers jours, des urines et des matières fécales par l'usage de la sonde et le moyen des lavements; quelques fomentations sur les parties douloureuses. Le peu de ressources qu'offrait la constitution du jeune homme ne me permit pas d'insister longtemps sur les saignées, qui d'ailleurs, dans cette déplorable occurrence, ne pouvaient évidemment rien changer à l'étendue et à la gravité de cette mutilation.

Je passe maintenant à la partie qui, envisagée sous le point de vue scientifique, est la plus importante de ce mémoire, savoir : l'autopsie cadavérique qui eut lieu vingt-quatre heures après le décès. Le cadavre offrait des muscles peu saillants; le quelque peu de roideur qu'on remarquait dans les formes revêtait plutôt le caractère d'empâtements mous sans fermeté, sans résistance, en un mot tous les traits physiques que l'on rencontre dans les

constitutions blanches lymphatiques; seulement les muscles des deux bras se trouvaient dans un état plus développé que ceux des autres parties du corps, ce qui d'ailleurs est en parfaite concordance avec l'axiôme médical qui dit que plus un organe s'exerce, et plus il gagnera en volume et en force. La peau qui couvrait la proéminence vertébrale offrait quelques points dans un état de mortification complète. Ces eschares étaient ici évidemment l'effet, d'abord et surtout, de la forte tension que cette région éprouvait par suite du soulèvement que déterminait la saillie des vertèbres fracturées et luxées; et, en second lieu, du decubitus du malade qui, obligé de rester couché sur le dos, faisait en partie reposer le poids du corps sur cette vaste tumeur, mais encore une fois la première cause était, sans nul doute, plus agissante que la seconde qui, dans cette circonstance, doit, à mon avis, être considérée seulement comme accessoire. Les téguments étant enlevés et les parties molles, couchées dans les gouttières vertébrales, divisées, on trouva une grande quantité de sang extravasé dans le tissu cellulaire et entre les fibres des muscles; il était facile de voir que quelques-unes des dernières, quoique déjà dans un état commençant de décomposition, avaient subi une rupture complète (1).

Après avoir enlevé prudemment toutes ces parties molles, la douzième vertèbre dorsale par une disjonction violente de la onzième de la même région laissait voir, par une ouverture large et béante, en premier lieu, les extrémités inférieures et supérieures de la moelle épinière et de ses enveloppes nettement divisées, tout comme si un instrument tranchant en eût opéré la section; en second lieu, toutes les parties de cette douzième vertèbre dorsale qui, sous l'influence de la forte pression de la poutre, avaient éprouvé soit une fracture, soit une altération quelconque; car c'était cette douzième vertèbre qui, à l'exclusion de toutes les autres, avait ressenti les effets de la cause déterminante. C'est de ces lésions qu'il me reste à parler.

L'apophyse épineuse de cette vertèbre était fracturée et tota-

(1) Voyez la planche lithographiée ci-jointe et dessinée d'après la pièce anatomique qui est déposée au cabinet de la Société.

lement séparée du corps; elle ne conservait pour tout lieu d'attache que quelques brides ligamenteuses; cette apophyse était devenue mobile par suite de sa séparation du corps vertébral; la pression pouvait lui imprimer des mouvements qui donnaient lieu à la crépitation dont j'ai parlé. La partie du corps de la vertèbre qui offre sur ses côtés deux demi-facettes qui s'articulent avec la tête des côtes était rompue et restée unie à la onzième vertèbre; les apophyses transverses étaient également séparées du corps vertébral et étaient attachées à la onzième. Comme il est facile de le voir en examinant la pièce anatomique, le corps de la douzième vertèbre, tout à côté des demi-facettes qui s'articulent avec la tête des côtes, offre une face inégale, rugueuse, raboteuse, ce qui prouve évidemment que des parties en ont été violemment arrachées; le fibro-cartilage intervertébral avait subi une triple division dont deux portions étaient restées adhérentes à la surface inférieure de la onzième vertèbre et une à la surface supérieure de la douzième.

Maintenant je passerai en revue les nombreux et forts ligaments qui unissent si solidement les vertèbres les unes aux autres. Le ligament vertébral antérieur et les fibres ligamenteuses irrégulières qui concourent à fortifier en dehors l'articulation des apophyses articulaires seuls étaient conservés. Quant aux ligaments postérieurs inter-épineux, auxquels adhère encore une portion de l'apophyse épineuse fracturée, sur-épineux, tous étaient rompus. Telles étaient les nombreuses et graves lésions pathologiques observées sur le cadavre d'Ange Vandaele.

HOPITAL St-JEAN DE BRUXELLES.

CLINIQUE INTERNE. — SERVICE DE M. LE Dr VANCUTSEM.

NFLAMMATION DU COLON SE PROPAGEANT A TOUT LE CANAL INTESTINAL, ENVAHISSANT ENSUITE LE PÉRITOINE ; BONS EFFETS DES ÉMISSIONS SANGUINES LOCALES CONTINUÉES AVEC PERSÉVÉRANCE. PAROTIDE. GUÉRISON.

Le 24 janvier 1840, entre à l'hôpital St-Jean, la nommée Catherine F...., âgée de 11 ans, d'une constitution lymphatique très-appauvrie. Depuis quinze jours, elle a une diarrhée accompagnée de coliques. La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été prise d'un frisson et de douleurs de ventre intolérables : elle a vomi des matières verdâtres et deux vers. — Le 24 nous la trouvons dans l'état suivant : décubitus latéral, tronc fortement incliné en avant, cuisses fléchies sur le bassin; face pâle, exprimant la souffrance; douleurs de ventre qu'exaspère la plus légère pression : ventre ballonné, brûlant; point de selle; langue rouge, sèche; peau chaude, aride; pouls petit, fréquent.

Prescription : Diète absolue, eau pour boisson, cinq sangsues à l'épigastre, cataplasme émollient sur le ventre.

25 janvier, prostration, somnolence interrompue par des cris plaintifs : ventre très-douloureux à la pression. — Même prescription.

26, même état; même prescription.

27, ventre moins sensible, et moins ballonné ; langue et gencives fuligineuses. — Même prescription.

28, point de changement notable. — Quatre sangsues sur le ventre, le reste ut supra.

29, le ventre n'est douloureux qu'à une forte pression, langue moins rouge. — Une selle liquide. — Même prescription.

30, engorgement très-douloureux de la glande parotide gauche. — Diète absolue; cataplasme sur le ventre.

4 février, décubitus à volonté; somnolence; ventre légèrement tendu, indolore; langue rouge, chargée à sa base; humide; pouls petit, sans fréquence.

8, la glande a repris son volume normal. Ventre souple, langue nette. — Soupe au lait.

Depuis le 11 la nourriture a été graduellement augmentée. La

petite malade n'a pas tardé à reprendre ses forces; le 18, elle était parfaitement rétablie.

Réflexions. — Cette affection, comme on vient de le voir, a débuté par une colite, que la diète et le repos auraient pu enlever, en peu de temps; mais la malade n'avait cessé de manger comme d'habitude et de braver les intempéries de l'air, jusqu'au jour qui précéda celui de son entrée à l'hôpital. L'inflammation fixée d'abord sur la muqueuse du gros intestin, envahit même le péritoine; alors les selles se supprimèrent (le mouvement péristaltique étant impossible) une fièvre violente s'alluma : les douleurs de ventre devinrent intolérables, la prostration et le vomissement se déclarèrent.

La constitution lymphatique du sujet appauvrie par l'indigence, ne permettait pas de recourir à une saignée générale, les émissions sanguines locales répétées, furent mises en usage.

M. le docteur Vancutsem croit que chez les jeunes malades, à constitution lymphatique, il faut poursuivre, avec persévérance, les inflammations abdominales, car les engorgements des ganglions mésentériques, l'ascite, etc., sont souvent la conséquence du traitement antiphlogistique abandonné trop tôt. — Dès que l'inflammation est détruite, il accorde une légère nourriture et en augmente graduellement la quantité; les malades ne tardent pas à entrer en convalescence et ne sont point sujets aux rechutes. Les engorgements des glandes parotides se manifestent, assez fréquemment, dans le cours des gastro-entérites typhoïdes, et sont d'un bon augure, quand elles apparaissent dans la seconde période de la maladie. Il faut donc se garder de les combattre ou de les stimuler. M. le docteur Vancutsem se contente de mettre ces parties à l'abri de l'action de l'air froid. F. G.

CLINIQUE EXTERNE. — SERVICE DE M. ANDRÉ UYTTERHOEVEN.

TÉTANOS SPONTANÉ. — GUÉRISON.

Observation recueillie par J. HENRIETTE, interne.

Guillaume Leroy, âgé de 26 ans, maréchaussée, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital St-Jean le 23 mars 1839. D'après son dire, il n'a jamais été malade, mais, depuis trois semaines, il a rempli un service très-fatigant,

a été exposé le jour et la nuit à toutes les intempéries de l'air, et a fait une grande consommation de boissons spiritueuses.

Le jour de son entrée, il ressentit un violent frisson, suivi bientôt de douleurs atroces dans les membres tant inférieurs que supérieurs, ne pouvant plus se soutenir il se roula sur le sol en criant et en se lamentant. On le transporta alors dans un estaminet où il prit plusieurs verres d'eau-de-vie d'après le conseil de ses camarades. Mais après l'injection de cette boisson spiritueuse les douleurs s'étant encore accrues, il se décida enfin à se faire transporter à l'hôpital.

A son entrée le malade peut à peine se tenir assis, le tronc est courbé en avant, la face exprime la souffrance, les traits sont composés, il éprouve la sensation que déterminerait de l'eau froide versée le long du rachis, douleur à la nuque, crampes douloureuses dans les membres; les doigts s'incurvent sans pouvoir se redresser, rigidité dans les articulations métacarpo-carpiennes et carpo-phalangiennes; cette rigidité peut à peine être surmontée par l'emploi d'une force assez considérable. Trismus incomplet, toutefois l'écartement des mâchoires, qui est peu marqué, ne peut avoir lieu qu'avec une extrême difficulté, et une douleur aiguë dans l'articulation temporo-maxillaire; le pouls est dur, vibrant (100), soif vive, peau chaude, urines nulles; l'intelligence est saine ainsi que la sensibilité. — *Prescrip. :* Saignée de 20 onces : potion antispasmodique composée comme suit :

℞ Laudan. liq. Sydenh. gtt. x.
Liquor. anod. Hoffm. gtt. xv.
Syrup menth. . . . . ℥ s.
Aq. fontis. . . . . ℥ ij.

Frictions sèches avec la flanelle sur les membres.

Sous l'influence de cette première médication les douleurs ne perdent rien de leur intensité. Il demande la mort tant il souffre; l'hôpital retentit de ses cris déchirants. M. Uyttherhoeven revoit le malade dans le courant de l'après-dîner. — *Prescription :* Saignée de 16 onces. (Ventouses scarifiées le long du rachis, 15 onces.) Cataplasmes aux pieds. Toutes les demi-heures une cuillerée de la potion suivante :

℞ Camphorei. . . gr. xj.
Ext. opii gumm. gr. x.
Syrup menth. . . . ℥ i.
Aquæ fontis. . . . ℥ vj.

Après la deuxième cuillerée, légère somnolence, état sub-délirant. Il se tient tranquille; les douleurs paraissent s'apaiser.

Ce calme fut de courte durée, car à peine la somnolence, qui dura une demi-heure environ, fut-elle dissipée que les douleurs revinrent avec force, que les crampes se manifestèrent de nouveau et que le corps entier fut frappé d'une roideur extrême. L'intelligence se conserva intacte; pouls dur, vibrant (120); soif vive; urines nulles. — *Prescrip. :* Saignée de 14 onces; et une cuillerée de la mixture opiacée.

Le soir, les douleurs se calmèrent une seconde fois, et le malade s'endormit paisiblement.

24 mars, fatigue, brisement général, il a uriné, la soif est moins vive, le trismus est dissipé.—*Prescrip. :* Bain tiède. Diète.

25, amélioration sensible. Le malade n'accuse plus qu'un peu de fatigue. Il demande à manger. Soupe maigre.

26, appétit décidé, peau bonne, pouls sans fréquence, dépressible. 1/4 maigre.

27, même état; même régime.

29, le malade est transporté dans un autre hôpital pour y être traité de la gale; son état, du reste, est plus rassurant; j'ai eu occasion de le revoir après sa sortie, il n'a plus jamais rien ressenti.

L'observation que nous publions aujourd'hui, nous a paru d'une importance assez grande pour ne pas la laisser ensevelie avec tant d'autres qui devraient être rendues à la publicité. Le tétanos spontané dans notre Belgique est une maladie très-rare et il en existe très-peu d'exemples, tandis que celui qui apparaît à la suite des lésions traumatiques est plus commun, et sévit de préférence à certaines époques, sous certaine constitution médicale. Sans nous occuper d'autres cas et nous bornant uniquement à méditer celui qui se présente aujourd'hui, voyons quelle a été la cause probable de sa production, si réellement c'était un tétanos, et si l'on peut tirer quelqu'induction du traitement employé.

La saison rigoureuse de l'hiver, époque où notre malade se sentit indisposé, n'était certainement pas celle qui était la plus favorable à la production d'un tétanos ; les fortes chaleurs de l'été auraient été sans contredit une des causes occasionnelles les plus fortes pour son développement. Mais, ne voyons-nous pas Leroy, être exposé aux injures de l'air, tantôt en sueur, tantôt inondé d'une pluie froide, glaciale, en proie peut-être à certaines émotions morales (car à l'époque où il avait fait ce service il s'agissait d'une haute question politique), ne le voyons-nous pas se livrant à l'usage des boissons spiritueuses, la réunion de ces différentes causes n'explique-t-elle pas jusqu'à un certain point l'apparition de ces couvulsions tétaniques?

Maintenant, quant à la question de savoir si Leroy était réellement atteint d'un tétanos, nous croyons qu'il n'y a pas le moindre doute; l'expression de la face, l'immobilité du corps, le trismus, les crampes, la sensation d'eau froide le long du rachis, les douleurs à la nuque sont trop de symptômes réunis pour n'y voir qu'une simple névrose spinale.

Le traitement mixte employé nous a paru d'une grande efficacité, il a été très-énergique, puisqu'en moins de douze heures on a soustrait au malade près de six livres de sang et qu'il a pris plusieurs grains d'opium.

Si le même cas se représentait, je pense, pour autant du moins qu'on puisse tirer une conclusion générale d'un fait isolé, qu'il conviendrait de mettre en usage le même traitement, c'est-à-dire, faire de fortes saignées et donner l'opium à plus haute dose encore, que dans l'observation précitée, dans le cas où aucune amélioration ne suivrait les premières prises du remède. En cela, on ne ferait que suivre l'avis de plusieurs célèbres médecins, tels que Monro qui en donna jusqu'à 130 grains, Murray qui fit prendre 20 onces de laudanum et Littleton qui guérit deux enfants de dix ans, l'un avec une once de laudanum, et l'autre avec 14 gros d'extrait d'opium en douze heures.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE, GUÉRISON SANS OPÉRATION.

Observation recueillie par J. BOUGARD, interne.

Barbe Delandeker, ménagère, âgée de 35 ans, tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant pas eu d'enfants quoique mariée

depuis plusieurs années, à l'occasion d'un violent effort, fait le 1er janvier 1840, éprouva, à l'aine gauche, une douleur subite et déchirante, qui, se propageant à l'estomac, détermina des nausées ; elle s'aperçut en même temps, car elle porta instinctivement la main sur le point douloureux, qu'une tumeur s'était développée vis-à-vis de l'anneau crural.

Elle fut obligée de quitter immédiatement son travail et de se mettre au lit.

Les jours suivants, nausées fréquentes, puis vomissements de matières muqueuses; aine gauche douloureuse, absence de selles; diète.

Un chirurgien ayant tenté, sans succès, la réduction au moyen du taxis, envoya sa cliente à l'hôpital Saint-Jean. Admise dans la salle de chirurgie le 11 janvier 1840, elle offre l'état suivant :

Une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située vis-à-vis de l'anneau crural gauche, présente tous les caractères de l'épiplocèle; la douleur est assez vive et s'irradie dans tout l'abdomen, les nausées sont continuelles, mais les vomissements ne se succèdent qu'à des intervalles éloignés et ne se composent que de matières muqueuses. Langue blanchâtre, perte d'appétit, goût désagréable, soif peu intense, pas de fièvre.

On fit prendre un bain prolongé à la malade, on tenta la réduction, mais comme les accidents n'étaient pas bien pressants, on temporisa, et on lui fit garder une position convenable, les membres inférieurs placés sur un double plan incliné, le bassin un peu plus élevé que le reste du tronc; cataplasme sur l'abdomen, diète, boissons rafraîchissantes.

Sous l'influence de ces moyens bien simples, la patiente maigrit, la tumeur diminua progressivement, les nausées, les vomissements devinrent moins fréquents, les douleurs disparurent; enfin, le 22 janvier, il n'existait plus qu'une petite tumeur; les selles se rétablirent, l'appétit revint, on lui donna des aliments légers et en petite quantité.

On commanda un brayer portant une pelotte légèrement concave. On le lui appliqua le 5 février et elle put se promener immédiatement.

Sa sortie lui fut accordée le 11 février.

OTITE CHRONIQUE SURVENUE A LA SUITE DE LA REPERCUSSION D'UNE ÉRUPTION DU CUIR CHEVELU, ÉPANCHEMENT PURULENT DANS LES MÉNINGES, MORT.

Observation recueillie par M. J. BOUGARD.

Rombaut, Jean, ouvrier relieur, âgé de 13 ans, d'un tempérament lymphatique, fut assujetti dans son enfance, aux affections éruptives du cuir chevelu, qui présentèrent un caractère d'intermittence remarquable; en effet, elles disparaissaient par intervalles de quelques mois, pour revenir ensuite, mais avec moins d'intensité, de sorte qu'il y avait amélioration graduelle coïncidant avec les progrès de l'âge.

Il jouissait, du reste, d'une santé satisfaisante et il ne se portait jamais mieux que lorsque l'affection pustuleuse était dans toute sa force.

Il y a un an environ, une nouvelle éruption s'étant manifestée, les parents employèrent des lotions d'eau de son et l'affection disparut en peu de jours; bientôt après, le petit malade ressentit de vives douleurs dans l'oreille droite, au point de lui arracher des cris perçants, ces douleurs s'irradiaient dans tout le côté correspondant du cuir chevelu.

On fit usage des émollients, la douleur diminua sans toutefois disparaître entièrement.

Dans l'été dernier, l'éruption reparut à l'endroit accoutumé, et l'oreille ainsi que la santé générale, subirent une grande amélioration. Mais on ne respecta pas la tendance salutaire de la nature et l'on fit des onctions sur le cuir chevelu avec un onguent pris chez un pharmacien; quelques applications suffirent pour répercuter une affection si nécessaire à son existence.

Très-peu de temps après, les douleurs de l'oreille reparurent avec une intensité nouvelle, et il entra à l'hôpital St-Jean le 29 février 1840 dans l'état suivant :

Douleurs atroces dans le côté droit de la tête, otorrhée, surdité, face congestionnée, pouls fréquent, chaleur à la peau, et légers frissons alternants, soif, perte d'appétit et grand amaigrissement.

Le lendemain le délire vint se joindre aux symptômes précé-

dents, carphologie, convulsions, contracture, opisthotonos et mort le 4 mars.

Le traitement employé à l'hôpital fut : sangsues aux tempes et aux apophyses-mastoïdes, vésicatoire sur le cuir chevelu, purgatifs.

L'autopsie nous fit constater les altérations suivantes :

Oreille. — Fonte suppurative des parties molles contenues dans l'oreille interne et moyenne, destruction de la membrane qui tapisse leurs parois, celles-ci dénudées et rugueuses.

Méninges. — Dure-mère détruite dans le conduit auditif interne, épanchement purulent dans l'arachnoïde correspondant à la protubérance cérébrale, la base du cervelet et la moelle allongée, inflammation des méninges en cet endroit, production de fausses membranes; collection de plusieurs onces de sérosité et dépôt de pus dans les ventricules cérébraux, cerveau congestionné.

On voyait évidemment que le pus formé dans l'oreille interne et épanché dans l'arachnoïde, était la cause de son inflammation.

PRODUCTION OSSEUSE EXTRAORDINAIRE, DÉVELOPPÉE A L'AVANT-BRAS DROIT, SIMULTANÉMENT AVEC UNE DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE. — AMPUTATION. — MORT. — AUTOPSIE.

Observation recueillie par J. BOUGARD.

Devaugelaer Jean-Baptiste, palefrenier, âgé de 26 ans, d'une forte constitution, habitant la campagne depuis son enfance, reçut un coup de pied de cheval, au commencement du mois de juillet 1838, sur la partie moyenne et postérieure de l'avant-bras droit; il en résulta une forte contusion avec extravasation sanguine considérable.

Il employa pour tout remède, des fomentations d'eau salée.

Les symptômes de contusion disparurent, mais l'épanchement sanguin, formant une tumeur assez volumineuse, resta stationnaire.

La douleur qui s'était dissipée, revint bientôt avec une intensité progressive, due apparemment à la compression exercée sur

les tissus environnants par le développement graduel de la production morbide.

Dix mois s'écoulèrent, pendant lesquels cet individu ne cessa de se livrer à ses travaux journaliers.

En mai 1839, il reçut un second coup de pied au même endroit. Il lui fut alors impossible de continuer son travail et il entra à l'hôpital Saint-Jean.

Il présentait les symptômes de l'ostéo-sarcôme. On lui proposa l'amputation, mais les émollients, le repos, le régime, ayant amené de l'amélioration, il ne voulut pas s'y soumettre, et demanda sa sortie.

Hors de l'hôpital, le mal fit des progrès rapides, la nutrition s'altéra, le malade maigrit considérablement.

Le 13 août 1839, il vint implorer sa réadmission dans les salles de chirurgie.

A cette époque, la partie moyenne de l'avant-bras, est de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme; il présente trois éminences saillantes, où la peau, considérablement amincie et rouge, menace de se perforer et où l'on sent une fluctuation obscure.

On plonge une lancette au milieu d'une de ces saillies, il s'en écoule une once environ de sang noir et épais.

Les douleurs sont peu vives et n'ont pas de caractère bien déterminé.

État général : grande maigreur, teint jaunâtre profondément altéré, diminution de l'appétit, pouls accéléré.

Le 14, une légère compression latérale faite à l'aide de la main au moment des pansements, fait sortir, par l'ouverture pratiquée, la veille, deux onces d'un liquide semblable au sirop de boulanger, pour la consistance et la couleur, mais répandant une odeur repoussante, cette substance est mélangée à des concrétions albumineuses de la grosseur d'un haricot et plus petites. La poche laissée par la sortie de ces matières se remplit bientôt d'un sang noir et épais (hémorrhagie veineuse), pansement légèrement compressif.

Les jours suivants, on répète les mêmes manœuvres qui donnent les mêmes résultats. Au moyen d'un stylet introduit jusque sur les os, on sent qu'ils sont rugueux; les douleurs que cette

opération détermine, ne permettent pas de prolonger les recherches.

Le diagnostic porté précédemment est maintenu; altération ostéo-sarcomateuse des os de l'avant-bras.

Le 19, il survint un gonflement de tout le membre, et l'érysipèle envahit la main, l'avant-bras et la partie inférieure du bras; mouvement fébrile, exacerbation vespérienne.

Traitement. — Émollients. — Diète.

Le 23, la partie la plus saillante de la tumeur se sphacèle, suppuration sanieuse et fétide, gonflement œdémateux de la main; on décide qu'il faut amputer immédiatement.

Tout étant convenablement disposé, M. Uytterhoeven fait l'amputation du bras vers l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Après l'opération, potion cordiale.

Les artères étant liées, on attend deux heures avant de faire le premier pansement. La perte de sang est évaluée à dix onces.

Devaugelaer a supporté l'opération sans se plaindre. Il se couvrit plusieurs fois dans la journée d'une sueur abondante, pouls irrégulier, soif.

Les jours suivants, état très-satisfaisant.

1er septembre, levée de l'appareil, la plaie est cicatrisée dans toute sa partie profonde, les tissus présentent une très-bonne vitalité, mais l'extrémité osseuse se nécrose.

Le 3, les ligatures tombent. Ici commence la scène de désordres : Le facies se décompose, pâlit, le pouls s'accélère, l'appétit se perd, la langue blanchit, le ventre se météorise, découragement.

Le 4, frisson violent, les organes de la respiration s'affectent.

Pansement au styrax; sulfate de quinine intérieurement.

Les jours suivants, frissons nouveaux, le trouble de la respiration augmente, un léger délire survient et il expire le 8 au matin.

Autopsie. — Nous trouvâmes les caractères ordinaires de la résorption purulente, ainsi : collections de pus disséminées dans les poumons, le cou, la rate.

Rougeur, ramollissement de la membrane interne du cœur

droit et des veines caves, celles qui partent du moignon, ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le malade avait éprouvé une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale, cependant nous ne constatâmes aucune altération, ni dans cette articulation, ni dans celle du genou.

Injection intestinale légère.

Examen du membre amputé.

Deux tumeurs volumineuses et réunies par leur base, se trouvent situées à la partie postérieure et moyenne de l'avant-bras ; la supérieure est séparée de l'inférieure par une cloison fibreuse, elle contient des caillots de sang noir et de la matière encéphaloïde; c'est celle qui fut ouverte par la lancette. L'inférieure, de la grosseur d'un œuf d'oie, est entourée d'un kyste fibreux, épais et résistant; son ouverture mit à découvert une production osseuse de la grosseur d'un œuf de poule, très-irrégulière, bosselée, rugueuse, et présentant différents degrés d'ossification.

La couche la plus externe est comme gélatineuse, la moyenne cartilagineuse et l'intérieure tout à fait ossifiée. Cette production s'est développée sur le milieu du ligament interosseux, et le kyste qui la contenait était adhérent au périoste du radius et du cubitus, mais la séparait complétement de ces os.

Elle a refoulé, comprimé, atrophié les muscles voisins.

La troisième tumeur s'est développée à la partie antérieure de l'avant-bras, elle est entièrement constituée par une matière encéphaloïde.

La première et la troisième tumeur, communiquaient directement avec les os, dont l'enveloppe est détruite en cet endroit ; ces os ne présentent aucune altération de forme, de consistance, de rapports, de volume, mais ils sont, au niveau des dégénérescences, percées d'une infinité de petits pertuis, d'une ligne de diamètre environ, se dirigeant vers le canal médullaire. Ils sont aussi légèrement rugueux.

La rareté de ce fait, rend sa publication digne de quelqu'intérêt.

Qu'existait-il chez ce malade? un kyste renfermant une pro-

duction osseuse et une dégénérescence cancéreuse considérable.

Des résultats si différents d'une même cause présentent quelque chose de remarquable; car il est évident que ces altérations reconnaissent pour cause première et unique, le double choc que le membre essuya à des époques différentes.

Chez ce sujet, au moment de l'accident, un épanchement sanguin considérable fut produit, et la tumeur qui le constituait augmenta insensiblement. Nous avons à constater ici le défaut de résorption du liquide extravasé. Nous n'irons pas chercher sa cause dans les influences hygiéniques, car elles étaient très-favorables; l'attribuerons-nous à la destruction du tissu cellulaire voisin, à l'inflammation des parties environnantes terminée par induration, à la compression exercée par l'épanchement sanguin lui-même, à la destruction des absorbants lymphatiques et veineux, etc.? Ces causes peuvent avoir quelque valeur.

Voilà donc l'épanchement sanguin, qu'arriva-t-il? Il se divisa en deux parties, dont l'une dégénéra ultérieurement en cancer mou, et l'autre donna lieu à la production osseuse. Reste le kyste : a-t-il préexisté ou postexisté à la formation de l'os nouveau? l'analogie nous fait pencher pour cette dernière opinion et nous considérons ce travail de la nature comme ayant eu pour but de l'isoler des tissus voisins.

Quelle conséquence thérapeutique peut-on tirer de ce qui précède? Il est pour nous de toute évidence que s'il était survenu une inflammation violente qui eût déterminé la fonte suppurative des parties lésées, Devaugelaer n'aurait eu à essuyer que les inconvénients d'un vaste abcès.

N'y aurait-il donc pas indication de donner issue assez tôt, à ces collections sanguines suite de contusions ou d'hémorrhagie inter-musculaire et sous-cutanée quelconque, qui ne présentent aucune chance d'être résorbées?

STATISTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES FRAGMENTS DE STATISTIQUE MÉDICALE,

Communiqués par M. GLUGE.

Deux ouvrages d'une haute importance pour la science médicale viennent d'être publiés à Londres. L'un contient la statistique des maladies et des décès dans les armées de la Grande Bretagne, de la Méditerrannée et de l'Amérique anglaise; l'autre renferme la statistique des naissances, des décès et des mariages en Angleterre pendant l'année 1839.

Le premier contient surtout des faits propres à éclairer la question de l'influence des différents climats sur la mortalité, et sur le développement des épidémies. Nous nous bornerons, pour le moment, à communiquer quelques extraits du second rapport, qui a pour titre : *First annual report of the registrar general of births, deaths and marriages in England.* London, 1839, fol.

La table que nous communiquons ici, fait connaître le chiffre de la mortalité en Angleterre et en Wales, considérée d'après les âges, et dans une période s'étendant du 1er juillet 1837 au 30 juin 1838; nous ferons seulement remarquer combien est considérable le nombre des morts dans la première enfance.

La grande mortalité parmi les enfants constatée maintenant dans presque toute l'Europe, mérite la plus haute attention de la part des médecins.

Sur 1,000 morts il y avait :

ANGLETERRE ET WALES.

Ages.	Males.	Femelles.	Total.
Au-dessous de 1 an.	234 66	193 72	214 54
1 et 2	127 17	128 85	128
3 « 4	47 57	49 47	48 51
5 à 9	45 89	46 27	46 07
10 « 14	24 57	27 3	25 91
15 « 19	30 96	37 48	34 16
20 « 24	39 02	43 5	41 22
25 « 29	35	39 97	37 44
30 « 34	33 05	37 42	35 2
35 « 39	32 38	34 25	33 3
40 « 44	32 91	32 69	32 8
45 « 49	82 6	30 65	31 64
50 « 54	32 12	30 8	31 47
55 « 59	33 54	31 42	32 5
60 « 64	40 51	40 64	40 57
65 « 69	41 05	41 83	41 43
70 « 74	42 95	44 95	43 93
75 « 80	40 3	43 46	41 85
80 « 84	30 48	34 89	32 63
85 « 90	16 97	20 86	18 88
90 et au delà.	6 26	9 51	7 86

Nous renvoyons le lecteur à l'important ouvrage de M. Quetelet (sur l'homme et le développement de ses facultés), où il trouvera des points de comparaison, pour nous occuper seulement de la partie la plus curieuse du rapport où les décès sont énumérés d'après les maladies. Ces rapports devraient être imités dans tous les pays, et continués pendant un certain nombre d'années, ils jetteraient la plus grande lumière sur l'influence des localités, des épidémies, du traitement des différentes écoles, etc. Ces recherches exerceraient une grande influence sur le bien-être des populations, en facilitant la découverte des différentes causes et des différents degrés de mortalité. Car tous les pays doivent offrir des différences telles que l'Angleterre où un district donne 4/100 de morts, dans d'autres 2/100, ou, en d'autres termes, dans telles provinces les hommes atteignent l'âge de 50 ans, dans d'autres seulement celui de 25 ans.

Nous communiquons quelques tables qui nous paraissent offrir le plus d'intérêt.

Dans la suivante on verra que la mortalité est plus considé-

rable dans les villes que dans les campagnes, vérité déjà énoncée dans l'ouvrage de M. Quetelet, mais on remarquera, en outre, que le nombre de décès dans les maladies épidémiques et contagieuses est, pour les villes, le double de celui des campagnes.

	Villes.	Campagnes.
Population.	3,553,161	3,500,750
Maladies épidémiques, endémiques et contagieuses.	12,766	6,045
Maladies sporadiques :		
Du système nerveux.	7,705	3,607
Des organes respiratoires.	12,619	7,847
— circulatoires.	590	309
— de la digestion.	3,476	1,832
— de la génération	219	161
— urinaires	460	265
— de la locomotion.	262	154
— tégumentaires.	62	55
Siége incertain.	4,396	3,730
Age.	2,924	3,102
Mort violente.	1,370	929
Non spécifiés.	1,104	1,657
Total. . . .	47,953	29,693

Quant à quelques maladies particulières, nous trouvons :

	Campagnes.	Villes.
Décès par phthisie.	5,857	8,125
— accouchement. . .	217	372
— typhus.	1,564	3,456

La mortalité augmente, toutes choses égales d'ailleurs avec l'agglomération de la population dans les différents quartiers des villes ce que prouve une table communiquée pour Londres.

L'ouvrage contient encore un grand nombre de faits curieux mais dont la communication excèderait les bornes d'un journal.

Nous donnerons seulement encore une table qui démontre que la mortalité par les maladies *épidémiques* est plus considérable que celle par les maladies des organes *respiratoires* dans les districts malsains de Londres.

Mortalité annuelle pour 100 :

Districts.	Maladies épid.	des org. resp.	Mortalité absolue.
1—10	malsains 99	82	3,32
11—20	» 70	77	2,84
21—30	» 48	59	2,16

Faudra-t-il encore insister sur la grande nécessité de ces sortes de recherches pour toutes les villes et sur l'influence qu'elles peuvent exercer sur la diminution de la mortalité!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

—

JOURNAUX ALLEMANDS.

ACTION DE L'ACÉTATE DE PLOMB SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE;

Par le docteur C. G. MITSCHERLICH.

Dans les recherches auxquelles on s'est livré jusqu'ici sur l'action des sels métalliques, on s'est attaché à signaler les phénomènes qu'ils produisent pendant la vie, à décrire les changements de structure que l'on a rencontrés après la mort, et à constater, autant que possible, leur présence dans le sang et les urines. Quoique ce mode d'investigation ait produit des résultats importants, cependant il ne nous a appris que des faits isolés, que l'on peut très-rarement coordonner, et plus rarement encore expliquer. Le docteur Mitscherlich a pris une autre route : il s'est proposé de rechercher quels sont les changements que subit le sel métallique lorsqu'il est introduit dans l'économie, et quelles sont en même temps les modifications éprouvées par les organes. Cette méthode conduit à des résultats plus importants, et permet de les coordonner.

L'auteur commence par l'acétate de plomb; il donnera plus tard ses expériences sur le sulfate de cuivre et sur d'autres métaux. Voici l'ordre, suivant lequel il a disposé son travail : 1° re-

cherche des combinaisons les plus importantes de l'acétate de plomb avec les parties constituantes de nos organes; 2° manière dont l'acétate de plomb se comporte à l'égard des solides et des liquides; 3° expériences sur les animaux, suivant que le poison est ingéré dans l'estomac ou qu'il est appliqué sur des plaies; 4° examen du sang et de l'urine; 5° conclusions. Ce dernier chapitre, résumant le travail entier, nous le reproduirons avec quelque détail.

L'acétate de plomb, en dissolution, forme promptement, aussitôt qu'il est mis en contact avec des matières animales, de nouvelles combinaisons qui contiennent du plomb et une substance organique. Quelques-unes de ces combinaisons sont solubles dans l'eau, d'autres deviennent solubles par l'addition d'une petite quantité d'acide acétique, d'acide lactique ou d'acide hydrochlorique, et d'autres sont insolubles dans l'eau et dans les acides. C'est sur cette propriété que repose l'action de l'acétate de plomb. A l'endroit où a lieu le contact avec les tissus organiques, les décompositions s'opèrent d'après les lois chimiques, et de là on voit se manifester en partie les symptômes de l'action locale, en partie les phénomènes de l'action générale du plomb produits par les nouvelles combinaisons. Comme la plupart des combinaisons que forme l'acétate de plomb avec les éléments organiques, sont insolubles ou très-peu solubles dans l'eau, les empoisonnements par le plomb ne peuvent être que très-faibles, lents ou nuls dans toutes les parties du corps qui ne sécrètent pas abondamment des acides libres. C'est ce qui arrive pour les plaies, les ulcères, etc. L'acétate de plomb, introduit dans l'estomac, est décomposé par le produit de la sécrétion de cet organe; lorsque les matières sécrétées ne sont pas suffisantes pour sa décomposition, il en résulte une cautérisation superficielle. Quand l'acétate de plomb est décomposé par les parties constituantes des produits sécrétés ou du contenu de l'estomac, il forme des combinaisons, dont une partie est soluble dans l'eau; l'autre partie, insoluble, entre en combinaison avec le mucus. Les substances dissoutes sont par elles-mêmes solubles dans l'eau, ou bien le deviennent par l'acide libre que contient l'estomac; et comme il n'y a que les matières en dissolution qui

puissent avoir une action générale sur les parties solides et liquides du corps, on voit, pour cette raison, l'action vénéneuse du plomb partir de l'estomac, parce que les acides libres qui y sont contenus aident à former des combinaisons solubles. L'acétate de plomb, s'il n'est pas entièrement décomposé par les parties constituantes du produit sécrété, provoque deux séries de phénomènes, savoir : ceux de la cautérisation directe de la muqueuse stomachale, et ceux que produit la nouvelle combinaison du plomb avec les matières organiques. Si, au contraire, il est entièrement décomposé par le produit sécrété, le second effet seul est produit. On peut obtenir directement cet effet, en combinant l'acétate de plomb avec l'albumine et en le dissolvant dans l'acide acétique : on obtient un produit qui suffit pour empoisonner un animal. La cautérisation que l'acétate de plomb produit dans l'estomac et les intestins repose sur l'affinité de ce sel métallique avec les parties constituantes de la muqueuse ; les parties détruites de celle-ci se comportent comme toute surface cautérisée par l'acétate de plomb, par exemple, les ulcères. La cautérisation directe de la surface vivante hâte la mort ; mais si l'acétate de plomb est décomposé avant qu'il ait été mis en contact avec la surface organique, l'empoisonnement par le plomb en est seul la suite. On produit, en effet, cet empoisonnement direct par la combinaison du sel de plomb avec les matières organiques tenues en dissolution par les acides hydrochlorique et lactique, en décomposant l'acétate de plomb par l'albumine, en dissolvant l'acide acétique, et en se servant de cette dissolution pour empoisonner.

L'auteur de ces expériences est ainsi parvenu à expliquer en partie les premiers phénomènes de l'action du plomb. Pour expliquer les symptômes secondaires, il est nécessaire d'examiner auparavant les réactions chimiques de ces nouvelles combinaisons de plomb, l'affinité et l'action de celui-ci sur les diverses parties solides et liquides de nos organes. Mais pour cela il faudrait avoir, sur la composition des tissus animaux, des connaissances plus précises que celles que nous possédons aujourd'hui.

L'examen chimique du sang et de l'urine apprend que, dans les empoisonnements, le sang ne contient que très-peu ou ne

contient pas du tout de plomb', et qu'il n'en existe pas non plus dans l'urine. M. Mitscherlich ne veut encore tirer aucune conclusion de ce fait : il se propose de décider la question, lorsqu'il s'occupera du cuivre que l'on peut retrouver en plus petite quantité que le plomb. Il est très-probable qu'une combinaison de plomb passe dans le sang : car les phénomènes qui se manifestent pendant la vie ne sont pas de nature à être expliqués par un simple trouble de l'action nerveuse. Les symptômes se succèdent lentement et suivant les changements chimiques, tandis que tous les symptômes qui proviennent d'un trouble de l'action nerveuse, surviennent rapidement et d'une manière, pour ainsi dire, instantanée. Cette opinion est confirmée par les expériences de Gaspard, qui produisit un violent empoisonnement par l'injection de deux grains d'acétate de plomb dans la veine jugulaire, ainsi que par les expériences faites avec l'acétate de plomb appliqué sur les plaies.

Les phénomènes qui se manifestent pendant la vie, concordent avec les lésions trouvées après la mort, et s'expliquent en grande partie par celles-ci. Il existe toujours, d'une manière plus ou moins manifeste, un dérangement dans les fonctions du canal intestinal, des poumons, des reins ou de la nutrition. Les excrétions intestinales, après les fortes doses d'acétate de plomb, sont, le plus souvent, plus abondantes et plus molles qu'à l'ordinaire; ordinairement on trouve, après, le rectum vide. Chez les chiens, on provoque très-facilement une exsudation sanguine à la surface du canal intestinal. Chez les lapins, cette exsudation ne se rencontre qu'en différents endroits, tantôt dans l'intestin grêle, tantôt dans la cavité abdominale, ou dans la cavité des plèvres, le plus souvent dans la vessie, l'urine alors étant sanguinolente. Dans un cas, M. Mitscherlich trouva du sang épanché entre la membrane externe et la substance corticale des reins, dans une poche qui s'était formée à cet endroit.

On ne découvre dans les organes où se produisent ces exsudations aucune altération de structure, mais seulement une injection des vaisseaux et une rougeur des tissus. Si l'épanchement s'est fait dans la cavité abdominale, on trouve les vaisseaux sous-péritonéaux gorgés de sang, mais il n'y a pas d'inflamma-

tion. L'épanchement s'est-il fait dans les plèvres, le poumon est plus foncé qu'à l'ordinaire, mais ni ramolli, ni hépatisé. Lorsque l'urine est sanguinolente, les reins ne sont jamais plus mous, mais toujours plus foncés qu'à l'état normal, et l'on trouve l'intérieur de ces organes plus ou moins coloré, par suite de la réplétion des vaisseaux sanguins. Cette rougeur de différents organes, dit l'auteur, se rencontre toujours, mais ne constitue pas une véritable inflammation, puisque les tissus ne sont pas ramollis, et que l'on n'observe pas cette injection capillaire, ramifiée, ponctuée, qui caractérise cet état pathologique. Les symptômes ne parlent pas non plus en faveur d'une inflammation : la partie malade n'est pas douloureuse à la pression, et parmi les signes de la fièvre, la soif seule est constante. Cette rougeur, que l'auteur a rencontrée dans d'autres empoisonnements par les substances métalliques, est due probablement à un état de décomposition du sang, analogue à ce que l'on observe dans certaines maladies accompagnées d'une altération de ce fluide. L'aspect du sang parle en faveur de cette opinion : il a, en effet, une couleur particulière, son caillot est très-foncé, sa partie liquide plus ou moins abondante, mais constamment d'un rouge particulier, et souvent d'une nature mucilagineuse. Ces propriétés physiques indiquent un changement dans la composition du sang, quoique les recherches chimiques et microscopiques n'aient pu encore rien faire découvrir d'essentiel à cet égard.

Le canal intestinal n'est ni contracté, ni rétréci; au contraire, il est distendu le plus souvent, par une grande quantité de liquide.

Le trouble des fonctions du poumon est en rapport avec les altérations qu'il présente après la mort. La respiration devient bientôt lente et pénible, plus ou moins, suivant la dose du poison; ce phénomène est surtout prononcé lorsque l'acétate de plomb a été introduit dans l'estomac. A l'autopsie, le poumon est très-dense, il a un aspect foncé et parsemé de points noirs, ce qui est dû à la présence de sang coagulé, très-foncé en couleur, qui remplit les dernières ramifications des vaisseaux. Cette altération est moins prononcée, et les symptômes sont moins

intenses, quand le poison a été appliqué sur les plaies.

Les fonctions des reins sont essentiellement altérées. La sécrétion de l'urine est considérablement augmentée, et en rapport avec la soif. L'urine reste claire quand l'empoisonnement a lieu lentement, et avec de petites doses; dans le cas opposé, elle devient laiteuse, et plus tard sanguinolente. Alors, comme nous l'avons vu, les vaisseaux de la substance des reins sont plus ou moins gorgés de sang. Quand la dose administrée est assez forte pour produire une cautérisation directe sur le canal alimentaire, on ne rencontre plus que rarement cette altération de l'urine. L'auteur suppose que cette hypersécrétion de l'urine a pour but de séparer du sang les matières nuisibles qui y ont été introduites, d'autant plus que ces évacuations soulagent toujours l'animal; mais ceci n'est qu'une conjecture, puisque l'analyse chimique n'est pas encore parvenue à retrouver dans l'urine une semblable substance.

Le foie et la rate ne font voir que les changements qui dépendent de l'état de décomposition du sang.

Il n'existe aucun phénomène qui indique une altération essentielle dans les fonctions du cerveau; celles de la moelle épinière, au contraire, sont souvent troublées, et l'on voit survenir une paralysie des extrémités postérieures, et une difficulté dans l'émission des urines, sans que l'on trouve de lésion bien manifeste dans ce cordon médullaire.

Le corps entier de l'animal est considérablement amaigri, ce qui s'explique suffisamment par les évacuations abondantes qui ont lieu par les urines et par les selles.

Ces faits, relatifs à l'action physiologique de l'acétate de plomb, dit l'auteur en terminant, sont importants pour la pratique. On peut en déduire des règles sur l'emploi, tant interne qu'externe, de cette substance; ils servent à indiquer les moyens auxquels on doit avoir recours dans les empoisonnements aigus par les préparations saturnines. Sous le rapport médico-légal, ils montrent d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, le procédé que l'on devra suivre pour reconnaître la présence du plomb dans le cadavre, ainsi que les lésions de structure que ce poison laisse après lui. L'auteur reprendra, plus

tard tous ces points importants, lorsqu'il aura étudié de la même manière d'autres sels métalliques, et lorsqu'il aura confirmé par les nouvelles expériences les faits consignés dans ce travail.

(Dr C. G. *Mitscherlich*, über die Wirkung des essigsauren Bleioxydes, etc.)

Du tartre stibié à haute dose; par le docteur Bartels, de Schwerin.

L'utilité du tartre stibié à haute dose, dans les différentes formes d'inflammation des voies aériennes, n'est pas encore assez généralement reconnue, son action, presque spécifique dans certains cas, que nous tâcherons de déterminer, est trop souvent contestée, pour que nous omettions de faire connaître les résultats pratiques publiés à ce sujet par le docteur Bartels, médecin distingué de Schwerin. On verra que, manié avec tact et par des mains habiles, le tartre stibié peut rendre tous les services que disent en avoir retiré les auteurs qui l'ont préconisé les premiers.

En tête des affections où ce médicament, administré à haute dose, s'est montré efficace, M. Bartels place également les maladies inflammatoires de la plèvre, des poumons et du canal aérien; mais il le vante surtout dans l'espèce de pleurésie, qu'il appelle rhumatismale, qui, à côté des phénomènes inflammatoires, se caractérise encore par des symptômes gastriques et bilieux plus ou moins prononcés.

L'auteur administre le tartre stibié ainsi qu'il suit :

Quand le mal est à son début, quand le sujet est faible, d'un âge avancé, lorsque l'inflammation présente un caractère moins franc, moins prononcé, chez les individus mous, efféminés, il débute ordinairement par ce médicament, sans autre préparation; et il n'est pas rare que les malades guérissent sous sa seule influence, et très-rapidement. S'il reste de l'oppression, de la douleur dans les inspirations profondes, un vésicatoire sur le thorax achèvera la guérison.

Chez les sujets robustes, sanguins, dans les affections où le

caractère inflammatoire prédomine et est porté à un très-haut degré d'intensité, quand la respiration est pénible, qu'elle s'accompagne d'une douleur fixe, profonde, d'une violente toux, d'une expectoration difficile, mêlée de stries de sang ou tout à fait sanguinolente, M. Bartels commence par une large saignée du bras; le tartre stibié agit alors avec plus d'efficacité : jamais l'auteur n'a eu besoin de recourir à une *seconde* émission sanguine.

Dans l'inflammation parenchymateuse des poumons, le tartre stibié seul réussit moins bien que dans la pleurésie; les saignées doivent être plus souvent instituées, et on recourt avec avantage, selon l'indication, au nitre, à la digitale, au calomel, surtout chez les individus forts et pléthoriques.

Mais le tartre stibié ne saurait être remplacé par aucun autre médicament, quand le mal s'est montré rebelle, ou qu'il a été négligé dans le principe, quand les phénomènes inflammatoires se sont en quelque sorte effacés pour faire place à un état de faiblesse, quand la douleur s'est changée en un sentiment d'oppression et d'anxiété, quand l'expectoration critique tarde à s'établir, que les forces tombent et que la fièvre continue; « alors, dit M. Bartels, le tartre stibié a souvent fait merveille; j'ai vu fréquemment, dès les trois à quatre premières cuillerées, survenir un soulagement marqué, les crachats se détacher; la toux devenir plus facile, la langue s'humecter, les complications gastriques s'éloigner ou s'amender considérablement. »

L'auteur a souvent employé aussi avec avantage le tartre stibié dans le catarrhe pulmonaire, dans les cas où on aurait été tenté peut-être de recourir d'abord à la saignée; il lui a également réussi dans le catarrhe pulmonaire chronique, dans la phthisie pituiteuse et même ulcéreuse, quand il se manifestait des inflammations intercurrentes, et dans les cas où l'état de faiblesse des malades ne permettait plus de songer à la saignée. L'émétique à haute dose convient surtout ici chez les personnes âgées, et dans le cours d'affections qui se sont développées lentement. Chez les sujets jeunes, frêles, irritables, dont le canal intestinal souffre le plus souvent sympathiquement, dans la phthisie floride, par conséquent, il n'est que rarement ou jamais bien supporté.

M. Bartels loue encore les bons effets du tartre stibié dans toutes les espèces d'inflammation des voies aériennes, chez les enfants aussi bien que chez les adultes, et particulièrement dans le croup. Quand on a à traiter cette maladie assez à temps, le tartre stibié doit être administré d'abord comme vomitif, et on lui associe alors avec avantage l'ipécacuanha; plus tard on le donne dans un autre but, et à doses plus éloignées; une application de sangsues faite auparavant, ou presque simultanément, pourra être de quelque utilité. Au moyen de ce traitement, on pourra se passer du calomel, du vésicatoire, de l'alun insufflé, des affusions froides, etc. Si la maladie est très-avancée, si des exsudations plastiques se sont déjà formées, le tartre stibié restera inefficace, de même que tous les autres remèdes; dans le cas rare, à la vérité, où il purgerait fortement au commencement, il faudrait le remplacer par l'ammoniac, le nitre et les vomitifs répétés, composés d'ipécacuanha.

Les effets du tartre stibié, à haute dose, se font, en général, le plus promptement et le plus efficacement sentir, quand, dès les premières cuillerées, il ne provoque que de simples nausées, et même quelques selles pas trop liquides, et agit davantage sur la peau et sur les reins. Cependant, M. Bartels a observé que, lors même qu'on a été obligé d'en suspendre l'administration, après les cinq ou six premières cuillerées, parce qu'il a provoqué des selles ou des vomissements surabondants, il a néanmoins produit un commencement d'amélioration dans la douleur et l'inflammation.

On donne le tartre stibié jusqu'à la cessation des phénomènes les plus marquants; ou bien, on est averti d'en arrêter l'administration par un état de *supersaturation* de l'organisme; il provoque alors des vomissements et surtout des évacuations alvines qui vont toujours en augmentant. Le point de supersaturation ne se laisse point déterminer *à priori* et d'une manière absolue.

Chez un grand nombre de malades, surtout chez les pleurétiques, il ne s'établit pas, ou seulement quand la maladie a été domptée; chez d'autres, il se montre avant; chez d'autres encore, chez les sujets irritables, il se manifeste dès les premières cuil-

lerées. Il est donc indispensable que le médecin puisse visiter souvent ses malades.

Après que le tartre stibié a produit son effet, il ne faut pas tourmenter le malade par l'administration immédiate de nouveaux médicaments; ce n'est que plus tard qu'on aura recours aux moyens ordinairement usités dans le traitement final des affections de poitrine.

L'auteur fait la remarque, que, lorsqu'une fois il y avait intolérance, quand même on diminuait les doses du médicament, les vomissements et les évacuations ne cessaient pas, et qu'il fallait entièrement en interrompre l'administration; M. Bartels rappelle aussi que l'émétique provoque plus facilement les vomissements, lorsqu'il est donné à doses petites, et répétées à peu de distance, et quand il y a chez le malade un état gastrique avec turgescence bilieuse ou saburrale vers le haut, et quand on fait boire, après, une grande quantité d'eau tiède.

M. Bartels choisit, pour administrer l'émétique à haute dose, la formule suivante : ℞ *Tartr. stibiat.* gr. vi-xij; *aq. distillat.* ℥v; *syr. rub. idæi* vel *amygdalar.* ℥j; *aq. lauro-ceras.* ℥ß-j; vel *extract. hyoscyam.* gr. vj-x; vel *extract. bellad.* gr. iij-vj. M. D. S.

Il en fait prendre, aux adultes, une cuillerée à bouche; aux enfants, une, deux cuillerées à café, jusqu'à une cuillerée à bouche, toutes les deux heures. Pour les derniers, il prescrit nécessairement les narcotiques à une moins forte dose; pour boisson, de l'eau panée ou sucrée, dégourdie, une décoction légèrement mucilagineuse : jamais de boisson tiède, ni en grande quantité.

L'auteur recommande encore les prescriptions de Peschier, qui porte l'émétique à la dose de 15 grains dans les vingt-quatre heures, en y associant le nitre, l'éther nitrique, l'éther acétique, la teinture d'opium, etc., de Tomassini, qui l'administre de la manière suivante : ℞ *Tart. stibiat.* gr. vj-viij; *aq. distillat.* ℥iij. M. S. Toutes les heures une cuillerée à bouche dans une tasse de *Decoct. hord.* libr. ij; *kali nitr.* ʒj; *mel. despum.* ʒij. M. S.

Il désapprouve, au contraire, la méthode de Stiffen, qui, à une faible solution de tartre stibié, ajoute encore du sulfate de magnésie et provoque ainsi un effet purgatif, qu'il est cependant si important d'éviter.

M. Bartels a essayé aussi l'émétique, à haute dose, dans les paralysies, surtout dans l'hémiplégie à la suite d'apoplexie; mais il a été obligé d'y renoncer; il obtenait, il est vrai, quelque résultat au commencement; mais dès que la tolérance, qui, pour le dire en passant, est très-grande, chez ces malades, disparaissait, les effets du médicament cessaient avec elle. Il l'a trouvé bien plus efficace dans la *manie* et le *delirium tremens* des buveurs, chez lesquels il l'emploie en même temps sous forme de frictions à la nuque et sur les épaules, en y associant les fomentations froides sur la tête. Cette manière de traiter le *delirium tremens* lui a rendu de si bons services, qu'il a maintenant renoncé à l'emploi de l'opium, dont les effets secondaires ne sont pas toujours sans danger, surtout chez les individus sujets aux congestions sanguines vers la tête. Quand, dans cette maladie, le tartre stibié est bien supporté, lors même qu'il provoquerait à la longue quelques selles ou vomissements, quand l'éruption s'est convenablement développée, ce qui arrive ordinairement dans l'espace de 36, 48 ou 72 heures, le malade devient plus tranquille, et tombe dans un sommeil critique. M. Bartels termine alors le traitement par les moyens ordinaires : amers, teinture aromatique acide, acide sulfurique mêlé au vin, à l'eau-de-vie, etc.

D'après quelques expériences, qui, toutefois, ont besoin d'être renouvelées, l'auteur croit pouvoir recommander le tartre stibié, de la même manière que dans le *delirium tremens,* dans les maladies mentales, là surtout où il s'agit d'abaisser promptement l'exaltation des forces vitales, et où il est nécessaire de provoquer une perturbation énergique du système nerveux.

Enfin, l'émétique, à haute dose, s'est encore montré efficace dans le rhumatisme aigu et chronique, dans la paralysie rhumatismale, mais surtout dans le premier et particulièrement dans le cas de complication gastrique.

M. Bartels n'a jamais observé d'effets secondaires nuisibles de l'administration du tartre stibié à haute dose. Il résume ainsi sa manière d'agir :

L'émétique, administré à doses élevées et éloignées : 1° réveille l'activité des vaisseaux absorbants, principalement de ceux de la poitrine; 2° favorise la libre circulation du sang ; 3° aug-

mente la perspiration cutanée et la sécrétion des urines ; 4° arrivé à son point de *supersaturation*, il réagit sur l'estomac et le canal intestinal, qui le rejettent, par des vomissements et des évacuations alvines, de nature aqueuse, très-abondantes : il a perdu alors toute son action spéciale sur les vaisseaux absorbants en général, et sur ceux du poumon en particulier.

(V. *Grœfe's* und V. *Walter's* journ.)

Nouveau moyen de guérir les plaies d'armes à feu, en introduisant une queue de mouton grasse dans le trajet de la plaie, et en enveloppant la partie blessée dans une peau fraîchement dépouillée; par le docteur Jarotzki, chirurgien d'état-major de l'armée russe ; traduit en allemand par le docteur Sadler.

Dans les expéditions militaires que fait la Russie contre les peuplades au delà du Caucase, les chirurgiens manquent souvent des objets les plus nécessaires pour le pansement des blessures. M. Jarotzki cherchait, depuis longtemps, à remédier à un si grave inconvénient, lorsqu'un hasard, semblable à celui qui, jadis, avait servi Ambroise Paré, lui fit découvrir un moyen, à la fois simple et facile à employer.

Après un combat acharné, livré près du village de Himroch, il se trouva, parmi les blessés, deux hommes qui l'étaient plus grièvement que les autres. L'un avait reçu un coup de feu dans la hanche, l'autre à la région supérieure du bras, avec une hémorrhagie, considérable dans les deux cas. Comme le premier souffrait beaucoup, M. Jarotzki commença par le panser d'abord de la manière ordinaire ; cependant le second perdait une grande quantité de sang ; il était tard, les moyens de pansement accoutumé manquaient. Ainsi pris au dépourvu, le chirurgien ordonna qu'on introduisit, provisoirement, dans la plaie, une queue de mouton grasse, et que l'on entourât le membre d'une peau fraîchement dépouillée ; il s'était rappelé que ce dernier moyen lui avait parfois réussi dans le rhumatisme et dans les inflammations du bas-ventre et de la poitrine : les parties sont ainsi exactement enveloppées, à l'abri de tout air frais, et comme plongées dans un bain chaud et humide. Après avoir achevé le pansement

du premier blessé, M. Jarotzki voulut procéder à celui du second ; mais il trouva ce dernier si tranquille dans son appareil provisoire, qu'il résolut de l'y laisser jusqu'au lendemain matin. Pendant la nuit, le malade qui avait été pansé régulièrement souffrit beaucoup, dormit peu, et fut pris, vers le matin, d'accidents nerveux; l'autre, au contraire, eut un bon sommeil, n'éprouva point de douleurs, et se trouva, le matin, dans un état beaucoup plus satisfaisant. Chez lui aussi, il se manifesta plutôt une suppuration louable.

Ce résultat inattendu engagea M. Jarotzki à tenter de nouvelles expériences, et il affirme que son nouveau mode de pansement lui a réussi dans un grand nombre de cas, même des plus graves, où il y avait déjà manifestement tendance à la gangrène; il cite surtout l'exemple d'un officier des hulans-Nijégorod, qui, blessé un peu au-dessus de l'ombilic, ne lui fut amené que le lendemain matin : les symptômes d'une entéro-péritonite commençaient déjà à se manifester. Une queue de mouton préparée fut introduite dans la plaie, et le corps enveloppé dans une peau toute fraîche; et déjà, vers midi, le ventre était devenu plus souple, le vomissement et les autres accidents s'étaient amendés. Quelque temps après, le malade était guéri.

D'après M. Jarotzki, l'action hémostatique de la queue de mouton serait purement mécanique, et serait due à sa structure bosselée, qui permettrait son application exacte sur tous les points du trajet sinueux et inégal d'une plaie d'arme à feu. Elle s'oppose ainsi avec quelque sûreté aux hémorrhagies considérables.

La queue de mouton étant formée d'une graisse extrêmement délicate, loin d'exercer une pression irritante, agit d'une manière douce et calmante; il n'est pas impossible aussi qu'elle soit absorbée par les vaisseaux capillaires, et hâte ainsi la guérison de la plaie, en favorisant de bonne heure une suppuration louable.

On peut donc dire que l'emploi de ce moyen, combiné avec l'application des peaux fraîchement dépouillées, offre un mode de pansement, préférable aux cataplasmes et aux autres topiques émollients, qui sont d'un usage presque toujours impraticable en temps de guerre; il présente, en outre, l'avantage d'être à la

portée de l'aide le moins exercé. Il n'est pas de camp, ajoute le chirurgien russe, où l'on n'abatte journellement un grand nombre de bestiaux, et où, par conséquent, on ne puisse se procurer facilement des peaux fraîchement dépouillées. Quant aux queues de mouton, il recommande d'en faire des provisions dans les temps de paix. On les prépare alors de la manière suivante : On en enlève la peau, puis on les désosse; on expose ensuite à l'ombre, et dans un endroit aéré, la masse graisseuse, qui, au bout d'une ou deux semaines, prend la consistance d'une cire molle et facile à manier; de sorte qu'avec les doigts, ou à l'aide d'un couteau, on peut lui donner telle forme qu'on juge convenable.

Le docteur Sadler, auquel nous devons la traduction allemande de ce petit mémoire, pense que ce mode de pansement proposé par le chirurgien russe, ne doit pas être rejeté sans examen et sans nouvelle expérimentation; c'est dans les armées surtout qu'il pourra être d'un grand avantage. Il fait, du reste, observer que les queues de mouton, très-appropriées par leur forme au trajet sinueux et contus des plaies par armes à feu, ne serait d'aucun avantage dans le pansement des blessures par armes blanches, qui guérissent le plus souvent par première intention.

(*Heilung der Schusswunden durch Fettschwœntze*, etc.)

E. D. L.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

MÉMOIRE

SUR LA

PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE;

Par le Dr J. H. FRANQUE,

Conseiller médical du duc de Nassau, professeur de médecine vétérinaire à l'Institut agronomique, à Idstein, etc.

De toutes les maladies de l'espèce bovine, il n'y en a pas sur laquelle les opinions des médecins et des vétérinaires diffèrent

plus que sur la pneumonie épizootique. Cette maladie est très-fréquente, elle est connue sous le nom de *pneumonie épizootique;* on l'appelle encore *pneumonie typhoïde.* Afin d'éviter tout mal entendu, je commencerai par indiquer le point de vue sous lequel je considère le caractère de cette maladie. Je la nomme *pneumonie typhoïde* (Lungen faeule, pourriture des poumons), parce qu'elle est généralement connue sous ce nom dans ce pays; je ne prétends pas indiquer par là, qu'elle consiste dans une putréfaction des poumons. Un autre motif pour lequel je donne la préférence à cette désignation, c'est que les éleveurs nomment *maladie des poumons* toute affection des bêtes à cornes, accompagnée de toux, et qu'il pourrait en résulter même pour les vétérinaires des méprises et de la confusion. Certes toute maladie fébrile du bétail accompagnée de toux, n'est pas la pneumonie dont il est question ici. Elle est plutôt à considérer comme une maladie spéciale des poumons, qui diffère essentiellement de toutes les autres affections qui attaquent les organes respiratoires de l'espèce bovine. Elle ne consiste pas comme *Dieterichs* l'admet (1) en une simple inflammation du tissu pulmonaire et des plèvres, et qu'il définit *pleuro-pneumonia pecorum epizoötica;* il y ajoute, pour l'intelligence, qu'elle est accompagnée d'une plasticité remarquable du sang et d'une tendance des poumons à une désorganisation spéciale, phénomènes qui dépendent de la structure particulière de ces viscères dans les bêtes à cornes. Il distingue la pneumonie et la pleurésie, et paraît croire que la désorganisation des poumons dans la pneumonie épizootique (Lungen faeule) est due à une complication de ces deux maladies. Il se trompe complétement, et cette erreur est cause qu'il méconnaît le vrai caractère de la maladie. Ni dans la pneumonie franche, ni dans la pleurésie franche, ni dans la pleuro-pneumonie, on ne voit cette désorganisation propre et constante qui caractérise la pneumonie épizootique, celle-ci ne présente pas non plus les mêmes terminaisons, ainsi elle ne finit ni par la gangrène, ni par la suppuration, ni par l'épanchement. Les vues

(1) *Ueber die haeufig herschende lungenseuche des Rindviehes.* Berlin, 1821. S. 7. *Pathologie und Therapie.* Berlin, 1823. S. 154-170.

de *Wagenfeld* (1) ont beaucoup de rapport avec celle de *Dieterichs*, elles en diffèrent, en ce que le premier considère cette maladie comme une *pleurésie rhumatismale*, et partant de ce principe, il l'appelle *pleuritis rhumatico exsudativa.*

Il y a, à la vérité, dans la pneumonie épizootique, phlogose des poumons et des plèvres, mais elle est toujours accompagnée d'exsudation de matière plastique dans le tissu pulmonaire et de désorganisation du même tissu, qui diffère essentiellement de la terminaison ordinaire d'une pleuro-pneumonie franche. Cette désorganisation ne consiste pas comme quelques-uns le prétendent, entre autres *Wagenfeld*, en une affection morbide locale de ces viscères; elle dépend d'une disposition pathologique générale, résultant d'un changement particulier du sang, qui diffère de la pneumonie et de la pleurésie par une marche plus lente et par une fièvre rémittente. *Grognier* (2) et *Niemann* (3) regardent la pneumonie épizootique comme une simple inflammation catarrhale. Le peu de fondement de cette idée est évident, car les fièvres catarrhales qui sévissent quelquefois épizootiquement parmi le gros bétail sont ordinairement des maladies bénignes, qui deviennent rarement mortelles, et qui ne se terminent jamais par les lésions propres à la pneumonie épizootique. Je dois pourtant avouer que ces affections catarrhales sont susceptibles de faire naître une prédisposition à contracter la pneumonie, et développer cette maladie sous des conditions favorables. *Kausch* (4) définit la pneumonie épizootique une inflammation avec tendance à l'ulcération, définition erronée, car l'autopsie ne démontre aucune trace de suppuration. *Veith* (5) et *Tscheulin* (6) distinguent la pneumonie épizootique comme une maladie spéciale différente de la pneumonie et de la pleurésie; mais c'est à

(1) *Die lungenseuche des rindviehes.* Dantzig, 1832. Mémoire recommandable.

(2) Compte-rendu de la Société royale d'agriculture de Lyon pendant le cours de 1817. Lyon, 1818.

(3) *Taschenbuch fur veterinarwissenschaft.* Leipzig, 1830.S. 295.

(4) *Original bemerkungen uber die beiden rindvieh sterben.* Leipzig, 1790.

(5) *Handbuch der veterinarkünde.* Wien, 1818. R. 11. S. 232.

(6) *Die kunst die rindviehseuchen zu erkennen, ihnen vorzubengen und sie sicher zu heilen.* Karlsruhe 1813. S. 73.

tort que *Veith* la rapporte aux fièvres typhoïdes, car les symptômes typhoïdes, telle que la perturbation de la sensibilité générale et des organes des sens, ne l'accompagnent pas ou ne l'accompagnent qu'accidentellement. Je ne puis avec *Tscheulin* l'appeler une inertie ou une paralysie des poumons, on ne remarque pas de paralysie de ces organes dans la pnenmonie épizootique, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle, l'état de désorganisation qui les empêche d'exécuter leurs fonctions. La désorganisation des poumons est tout à fait particulière, et si caractéristique que l'on n'a observé jusqu'à ce jour ni chez l'homme ni chez d'autres animaux, aucune lésion pathologique semblable ou en approchant, et il n'existe aucun fondement pour comparer la pneumonie à la phthisie ulcérative de l'homme comme le docteur *Schneider* (1) l'a tenté. C'est donc à juste titre que la pneumonie est regardée comme une maladie propre à l'espèce bovine, qui lui appartient aussi exclusivement que le typhus contagieux et la cachexie mésentérique, quoique *Niemann* contredise cette vérité sans le moindre fondement.

Dieterichs est le premier qui a donné les raisons anatomiques de cette désorganisation spéciale; elles sont basées sur la structure des poumons du bœuf. Les plus petits lobes, les moindres lobules pulmonaires de cet animal, sont unis par un tissu cellulaire tellement lâche qu'ils se laissent facilement séparer, et ces intervalles favorisent l'exsudation de matière plastique. La structure organique des poumons n'est cependant pas l'unique motif de cette désorganisation; celle-ci ne termine pas chaque inflammation de ces viscères. Le concours d'une prédisposition morbide générale, d'un changement particulier dans les principes constitutifs du sang, d'une tendance à sécréter de la lymphe plastique est encore indispensable. Il a été clairement démontré dans les années 1829 et 1830 qu'un changement dans la composition du sang était nécessaire au développement de la maladie; on devait s'attendre pendant ces années, vu la constitution atmosphérique, de voir la pneumonie sévir avec intensité,

(1) *Die lungenseuchen unter dem rindvieh im jahre.* 1829. Henke, *Zeitschrift für staatsarzeney kunde; zenhter jahrgang.* 2tes vierteljahrsheft. S. 270.

elle fut cependant beaucoup plus rare qu'à d'autres époques, par exemple, en 1827, année bien plus favorable. Les fourrages en 1829 et 1830 ayant perdu leurs propriétés nutritives, le sang devint plus pauvre en fibrine, plus riche au contraire en sérum, et la désorganisation éprouva par conséquent des obstacles matériels. Nous ne pouvons d'après notre expérience admettre les remarques de *Veith* qui considère la pneumonie comme le résultat du concours de circonstances malheureuses qui atteignent l'agriculture; en effet, durant ces funestes années où il y a disette de fourrages, où ils sont peu ou point nutritifs, cette maladie est rare ou ne se montre pas. La facilité avec laquelle les individus de l'espèce bovine sont engraissés, d'autres phénomènes pathologiques, et surtout la force de formation si active dans les membranes séreuses, démontrent clairement que les organes de la nutrition ont une disposition toute particulière à sécréter des matières plastiques. La cachexie mésentérique qui consiste dans une désorganisation tuberculeuse et un surcroît de nutrition caractérisée par des végétations abondantes et volumineuses des séreuses thoraciques et abdominales, nous en offrent un exemple frappant.

L'opinion de *Ribbe* (1) qui veut expliquer l'état des poumons par les matières terreuses qui adhèrent aux aliments, et qui, absorbées, rentrent dans le torrent circulatoire, et sont déposées dans les poumons, mérite à peine d'être mentionnée, elle ne repose sur aucune donnée physiologique.

Après avoir passé toutes ces opinions en revue, je considère la pneumonie épizootique comme une maladie spéciale, propre à l'espèce bovine, qui diffère essentiellement de la pneumonie ordinaire et de l'inflammation catarrhale des voies respiratoires, qui est accompagnée d'une fièvre rémittente, d'un état inflammatoire des poumons et des plèvres, et dont la terminaison est toujours une désorganisation particulière du tissu organique des poumons.

Les observations faites dans ces derniers temps, ont prouvé que

(1) *Anleitung zur kenntniss und Behandlung aller in europa bekannten seuchen der zaus und nuththieren*, Berlin, 1818.

la pneumonie épizootique se rencontre sous les climats les plus tranchés; dans les pays de plaines, dans les contrées basses, sur les plateaux et sur les montagnes, elle n'épargne ni les animaux en pâture, ni ceux à l'étable. On peut conclure de ces remarques que cette maladie n'est pas de fraîche date; mais qu'elle a, ainsi que le typhus charbonneux, régné dans l'antiquité. Nous ne possédons pas cependant sur la pneumonie des documents aussi anciens que sur les affections charbonneuses. *Columella* (1) fait bien mention d'une maladie qu'il appelle la pneumonie du bœuf, mais la description qu'il en donne ne se rapporte pas à la pneumonie épizootique de notre époque. Les détails plus circonstanciés appartiennent à des temps postérieurs. Elle paraît avoir été observée dans la Hesse en 1693 (2). L'automne de 1692 fut très-froid et très-pluvieux, il fut suivi par le printemps très-chaud et l'été brûlant de 1693; pendant cette année, la pneumonie aurait fait périr la majeure partie du bétail de ce pays. En 1769, 1770 et 1794, elle fut observée en France, et décrite par *Huzard* (3). Suivant cet auteur, elle est très-fréquente à Paris et dans les environs, elle attaque les vaches laitières, qui sont tenues dans des étables peu spacieuses et peu aérées. En 1778, 1781, 1782, 1783, 1784 et 1790, la pneumonie régna dans la Haute Silésie; en 1787, 1788, 1792, 1794, 1798, 1810 et 1811, dans différents districts de la Bavière; en 1812, elle visita la Suisse; en 1816, la France, et pendant l'été et l'automne de 1818, elle sévit en Bohême. Bien que nous ayons été privés jusqu'en 1817 de rapports détaillés et suivis, il est probable que la pneumonie s'est présentée anciennement dans le duché de Nassau, principalement dans la contrée élevée de *Westerwald,* aussi fréquemment qu'aujourd'hui.

Ce que nous avançons est confirmé par quelques médecins qui ont exercé pendant 30 à 40 ans dans le *Westerwald,* et qui

(1) *Columella de re rustica*, libr. VI, cap, VIII et XIV, Bipontini, 1787.

(2) *Laubender, Seuchengeschichte*, Munchen, 1811, b. 1. Abht. 1. s. 23.

(3) *De la pneumonie chronique ou phthisie pulmonaire qui affecte les vaches laitières*, à Paris.

Observations sur les maladies des animaux domestiques, ou essai sur la maladie qui affecte les vaches laitières, 1794, et 1799.

regardent la pneumonie comme une maladie enzootique dans cette contrée.

Les observations réunies de ces quinze dernières années prouvent que la pneumonie persiste comme enzootie dans quelques districts, et que tantôt ici, tantôt là, elle s'étend lentement et subsiste pendant des mois, souvent pendant des années.

Depuis 1817 jusqu'à la fin de 1832, elle visita plus de trente localités; elle fut plus intense dans le premier et deuxième districts, plus rare dans le troisième et quatrième, dans le cinquième on la rencontra seulement en deux, et dans le sixième en trois endroits. Durant cet espace de temps, elle attaqua suivant les actes authentiques, environ 2,000 têtes de bétail dont 600 périrent; ce total peut être considérablement augmenté, si l'on tient compte des cas qui sont restés inconnus. La pneumonie doit donc être considérée comme un des plus grands désastres qui frappent précisément les portions du pays les plus riches en bétail, et elle est digne sous ce rapport de fixer l'attention des éleveurs et des autorités afin de la prévenir autant que possible par l'éloignement constant des causes qui la provoquent.

Les opinions des auteurs sur les causes occasionnelles sont si divergentes, qu'elles justifient entièrement les expressions de *Wagenfeld* (1) quand il dit qu'on a rapporté aux causes de la pneumonie, toutes les influences malfaisantes tant intérieures qu'extérieures qui sont, en général, susceptibles d'amener un état morbide. L'expérience ne confirme pas que des fourrages de mauvaise qualité, aigres, vasés, couverts d'insectes ou altérés d'une manière quelconque, auxquels on l'a attribuée si souvent, la produisent, et nous avons déjà remarqué que la pneumonie ne peut réellement être considérée comme une suite de circonstances malheureuses qui accablent l'agriculture, celles-ci donnent naissance à d'autres maladies.

La supposition que le plâtre, la chaux, la marne y contribueraient, est tout aussi invraisemblable, car elle est générale-

(1) *Henke, zeitschrift fur staatsarzneikunde*, IV Erganzungsheft. 1825. S. 219.

ment plus fréquente dans les contrées où l'on n'emploie aucune de ces substances comme engrais. On accuse avec aussi peu de fondement les eaux croupissantes chargées de vase, servant de boisson. On considère comme très-nuisible l'eau de source très-froide, ainsi que celle provenant de la fonte des glaces et des neiges ; quelque vrai qu'il soit que le refroidissement qu'elles déterminent occasionne des maladies de poitrine, nous ne pouvons, d'après notre expérience, admettre cette cause de la pneumonie d'une manière aussi générale que le fait *Wagenfeld.*

La nourriture devient une cause prédisposante pour autant que certains modes d'alimentation, tels qu'un engraissement trop rapide, une administration trop abondante de soupes chaudes débilitantes ou de résidus des distilleries donnent au bétail une constitution plus molle et le rendent moins apte à supporter les influences de l'atmosphère. On peut en dire autant du séjour des animaux dans des étables étroites, obscures, malpropres, où l'air ambiant devient chaud, humide et infect. L'expérience journalière confirme que les travaux immodérés donnent lieu à des maladies de poitrine, cependant les cas de pneumonie épizootique dus à cette cause, sont excessivement rares.

Nous ne pouvons prendre en considération avec quelque fondement comme causes prochaines et occasionnelles, que les agents capables de porter un trouble continu ou répété dans les fonctions de la peau et des poumons. En premier lieu, nous citerons une constitution atmosphérique âpre, froide, humide, brumeuse, sujette à des variations, l'envoi trop précoce des bestiaux aux pâturages au printemps, lorsque la température est encore froide, ou le matin, avant que la rosée et les gelées blanches ne soient dissipées; la rentrée trop tardive des animaux le soir et en automne; ensuite des prairies humides, basses et marécageuses, dont les émanations troublent et diminuent, non-seulement l'action de la peau et des poumons, mais deviennent encore nuisibles par les miasmes qu'elles contiennent. Nous avons démontré dans l'introduction (1) la présence de ces causes dans

(1) En tête de l'ouvrage de M. Franque, on trouve une description topographique du Duché de Nassau, ainsi que sa division en six districts sous le rapport de l'agriculture et de la nature des terrains.

le premier et le deuxième et en partie aussi dans le quatrième district, et la fréquence de la pneumonie dans ces districts s'explique par conséquent d'une manière satisfaisante. Dans d'autres contrées où des circonstances semblables existent, comme dans des pays montagneux tels que Salzbourg, le Tyrol, une partie de la Suisse, la pneumonie n'est pas rare. Plusieurs auteurs rapportent qu'elle est très-fréquente dans les contrées basses; cette assertion n'est en opposition ni avec nos recherches, ni avec les remarques d'autres observateurs qui avancent que la pneumonie appartient exclusivement aux régions des montagnes.

On ne l'a pas encore vue sévir épizootiquement sur une étendue considérable, elle se borne ordinairement à quelques localités. Cette circonstance semble prouver que la pneumonie dépend plutôt de la topographie et de l'hygiène d'une contrée que d'une influence particulière de l'atmosphère, et c'est pour cette raison qu'on la considère à plus juste titre comme une affection enzootique qu'épizootique. Les causes locales ne sont cependant pas suffisantes pour lui donner naissance et la propager dans tout un pays; si elles en étaient capables, la pneumonie devrait, là où elles existent, se reproduire chaque année, ou du moins à des époques très-rapprochées. Il est constant qu'à Flacht et Bleidenstadt elle ne s'est rencontrée que deux fois en quatorze ans, et une fois seulement partout ailleurs. Nous nions formellement, quant à l'étendue du cercle de nos observations, que la pneumonie se présentant sporadiquement, soit aussi fréquente que *Wagenfeld* le suppose, et qu'elle devrait l'être, si, suivant l'opinion de cet auteur, un simple refroidissement suffisait pour l'occasionner. Nous nous sentons, au contraire, très-disposés à admettre qu'une influence particulière vient se joindre d'une manière fort active aux causes locales pour développer la pneumonie comme maladie épizootique. Il en est de cette maladie comme des affections endémiques de l'espèce humaine, elles ne sévissent pas annuellement sur la même étendue et sans discontinuer, quoique le pays n'ait pas été assaini. D'après ce que nous connaissons de l'étiologie, il est probable que les enzooties aussi bien que les endémies, nécessitent pour leur existence, des propriétés spéciales de l'atmosphère dont l'origine est peut-être due aux ex-

halaisons miasmatiques de la terre. Il pourrait donc se faire que la pneumonie fut amenée à son complet développement chez les animaux qui déjà sont prédisposés par les effluves qui se dégagent des prairies et vallées marécageuses, et qui se mélangent avec l'air ambiant.

La nature de ce principe miasmatique nous est tout aussi inconnue que la véritable cause pour laquelle il s'exhale à certaines époques. On peut admettre avec quelque vraisemblance, qu'il se forme par suite d'une constitution atmosphérique spéciale ou qu'il doit être attribué à certaines influences sidérales. C'est ainsi que l'on vit, dans certaines années, entre autres en 1831, 1828, 1827, 1818 et 1817, des cas très-nombreux de pneumonie, tandis qu'en 1822, 1823, 1825 et 1826 elle fut bien moins commune. Des terrains mous, marécageux, une atmosphère humide, brumeuse semblent favorables au développement du miasme de la pneumonie; les mêmes terrains et une saison brûlante paraissent, au contraire, engendrer le typhus charbonneux. Pour ces motifs, la pneumonie apparaît le plus généralement pendant les mois d'automne, bien qu'elle puisse exister en tout temps; mais il est certain qu'élle est plus fréquente en automne, moins en été, excessivement rare en hiver et au printemps.

Parmi les causes de la pneumonie, nous n'omettrons pas la contagion. A une époque plus reculée, lorsqu'on regardait la contagion comme la cause unique de presque toutes les épizooties, on y eut aussi recours pour expliquer l'existence de la pneumonie; depuis longtemps on est revenu de cette erreur. Il n'y a aucun doute que cette maladie puisse se développer spontanément et sans contagion dans notre climat, car elle règne fort souvent, sans qu'il soit possible de constater son introduction dans une contrée par un principe contagieux. Mais à une certaine période de la maladie, ne se forme-t-il pas un principe contagieux susceptible de propager l'affection? La solution de cette question est de la plus haute importance; de sa juste appréciation dépendent les mesures à prendre pour borner les progrès de la pneumonie. Les auteurs l'ont envisagé sous des points de vue différents et leurs contestations sur les propriétés contagieuses de la pneumonie nous rappellent celles qu'ont soulevé et que

soulèvent encore pour le même objet, la fièvre jaune et le choléra asiatique. Plusieurs, entre autres *Kausch, Huzard, Bojanus, Havemann, Grognier, Dieterichs, Hoffacker, Wunsch, Wagenfeld,* se déclarent anti-contagionistes; *Chabert, Tscheulin, Lappe, Iten, Sander, Veith, Ernst, Schneider* et *Nieumann*, ou sont partisans d'une contagion absolue, ou considèrent la pneumonie comme contagieuse sous certaines conditions, en rapport avec la période de la maladie.

Anciennement la maladie sévissait seulement dans les contrées les plus basses, actuellement elle n'épargne plus les pays élevés, d'où le docteur *Reckleben* tire la conséquence qu'elle est contagieuse. J'ai feuilleté en vain les ouvrages de médecine vétérinaire pour trouver des raisons qui justifient cette conclusion. Il y en a qui prétendent que la pneumonie épizootique n'est pas contagieuse par elle-même, mais que compliquée du typhus contagieux ou charbonneux, elle acquiert cette funeste propriété. Je vais, afin d'aplanir ces différents, peser les considérations mises à l'appui de la non contagion.

1° *La pneumonie n'attaque pas tous les bestiaux qui appartiennent à la même ferme, lorsqu'ils sont nourris et soignés différemment; ceux-là seuls qui ont été négligés sous ces rapports, deviennent malades, et le bétail convenablement soigné demeure sain, lors même qu'il se trouve en contact avec celui qui est malade.*

Si cette proposition pouvait être adoptée comme un fait irrécusable, elle ne fournirait aucune preuve contre la non-contagion, car chaque transmission suppose une certaine prédisposition de l'organisme pour recevoir l'impression du principe miasmatique, et cette prédisposition n'est admissible que pour les animaux soignés et nourris uniformément. Je dois, en outre, d'après mon expérience, nier la proposition entière; j'ai vu la pneumonie se déclarer et se propager chez des bestiaux bien ou mal nourris, alimentés à l'étable ou dans les pâturages. Ce fait est confirmé par *Bojanus,* et l'on peut se convaincre chaque fois que règne la pneumonie, qu'elle n'épargne ni l'âge, ni le sexe, ni la constitution, qu'elle atteint et entraîne les individus les plus forts aussi bien que les plus chétifs.

2° *La pneumonie reconnaît seulement pour causes, les agents*

nuisibles, inhérents à la topographie et à l'hygiène d'une contrée.

Si cette proposition, sans être définie d'une manière plus précise, pouvait encore être admise, il ne s'ensuivrait nullement que la pneumonie fût sans pouvoir contagieux.

L'expérience nous apprend que cette maladie, une fois déclarée dans une contrée, s'étend insensiblement sans être arrêtée ni par les variations atmosphériques les plus opposées, ni par la nourriture sèche, ni par les aliments verts. Ces circonstances font assez positivement connaître son caractère contagieux.

3° *Les expériences de Sick* (1), *de Tscheulin, de Dieterichs, de Wunsch, ainsi que celles faites en Hanovre tendant à inoculer la maladie à des individus sains, avec le mucus qui découle des naseaux, n'eurent aucun résultat* (2). *On a encore mis des animaux sains en contact avec des malades de manière qu'ils se flairaient, se léchaient, mangeaient les aliments imprégnés de salive, tout en conservant leur état de santé.*

Le fait suivant, rapporté par *Tscheulin* rend le résultat de ces expériences fort douteux. Un bœuf, acheté par un juif, fut placé près de trois autres bêtes. Quelques jours après, ce bœuf commença à tousser, et il périt le douzième jour des suites de la pneumonie, comme le prouva l'autopsie. La vache qui s'était trouvée à côté du bœuf devint malade dans un espace de temps très-rapproché, et mourut également. Les deux autres bêtes succombèrent aussi en très-peu de temps. Un maréchal de village traitait ces animaux et tous ses bestiaux furent entraînés par la pneumonie. *Niemann* observe avec raison par rapport à l'inoculation, que cette pratique peut seule décider la question de la contagion, et c'est ce qu'elle n'a pas encore fait d'une manière satisfaisante, car les expériences n'ont pas été suivies avec assez de soin ou l'inoculation n'a pas encore été tentée assez fréquemment.

Ces motifs ne sont pas assez puissants pour rejeter entière-

(1) Rudolphi, *Bemerkungen aus dem gebiete der naturgeschichte, medecin und thier arzneikunde*. Th. 1, Berlin, 1804.

(2) Les expériences du docteur Vix, confirmées par celles du professeur Hertwig, prouvent que la pneumonie est susceptible d'inoculation. Dans un numéro subséquent, nous donnerons un résumé de ces expériences. S. V.

ment l'opinion de la transmission de la pneumonie par voie de contagion. On peut, en outre, invoquer en faveur de la contagion les circonstances suivantes :

1° La pneumonie ne se répand jamais tout d'un coup parmi un troupeau, mais elle l'attaque toujours avec lenteur. A son origine, elle n'atteint ordinairement qu'une ou deux têtes, après un certain temps, le nombre des malades augmente, puis il diminue insensiblement. Telle est la marche de toutes les maladies contagieuses où le principe contagieux se développe quand l'affection est parvenue à un certain degré, et qui, étant d'une nature peu miasmatique, demande l'occasion et le contact immédiat pour se communiquer. Cette marche lente et insensible prolonge souvent la pneumonie pendant des mois et des années, dans les étables d'une contrée, et elle cesse seulement alors que tout le bétail susceptible d'être infecté, a été atteint, ou que par la séquestration rigoureuse des autres malades, la contagion a été restreinte. Les vicissitudes atmosphériques ne paraissent avoir aucune influence sur cette marche, le froid sec et prolongé fait exception, il suspend chaque fois le cours de la maladie qui recommence et se propage de nouveau au dégel. A l'appui de cette manière particulière de propagation, et qui s'explique suffisamment par la contagion, il me suffira de citer l'épizootie de Mindersbach, Haiger, Langenaubach, Kalteiche et Allendorf, Schuppach, et Wiesbaden. La pneumonie éclate-t-elle dans une contrée où l'alimentation à l'étable est générale, et le pâturage commun très-restreint, la dispersion est beaucoup plus lente, comme le prouve l'épizootie de Wiesbaden en 1822. Elle pénètre alors dans les étables où l'hygiène est tout à fait opposée. Il n'est pas rare de pouvoir suivre le passage de la maladie d'une étable à l'autre, comme je l'observai en 1825 à Idstein. Au mois de juin, la pneumonie fit son apparition dans une étable contenant 18 têtes de bétail, depuis cette époque jusqu'en octobre, sur 14 cas, 7 individus succombèrent. Au commencement d'octobre, elle attaqua quatre bêtes dans une étable voisine, toutes devinrent successivement malades, deux périrent. La même chose eut liéu dans une troisième étable, distante environ de six pas de la première.

On observe aussi que la pneumonie attaque en peu de jours et dans diverses étables plusieurs animaux à la fois; les villages d'Ehlhalten et d'Ettinghausen en fournissent des exemples: dans le premier de ces villages, il y eut en octobre 1826, 29 cas, à Ettinghausen, il y en eut 17 du 18 octobre au 10 novembre 1829. Dans cette dernière localité, la maladie sévit uniquement parmi les vaches, les veaux d'un an et ceux qui, pendant l'été, avaient pâturé dans des prairies humides, marécageuses; les taureaux, les génisses et les bœufs qui avaient eu des prairies plus sèches et plus élevées en furent totalement préservés. Le principe contagieux de la pneumonie n'agissant pas à de grandes distances, paraît tout à fait étranger à cette rapide propagation. Quand la maladie fait des progrès lents, qu'elle attaque tête par tête, étable par étable, surtout dans une contrée qui n'a rien de malsain pour le bétail, quant à sa position géographique, où l'on ne découvre aucun agent nuisible, la contagion ne souffre pas le moindre doute.

2° La pneumonie se présente-t-elle dans une étable renfermant plusieurs têtes de bétail en contact les unes avec les autres, toutes ou la plupart d'entre elles ne sont pas affectées en même temps; mais l'affection agit lentement et se comporte ainsi que toutes les maladies contagieuses qui, parvenues à une certaine période, donnent naissance à un principe contagieux peu volatil. Ordinairement une seule bête devient malade, et de celle-ci, la maladie se communique à celles qui sont les plus prédisposées, c'est ainsi qu'elle progresse jusqu'à ce que tous les animaux d'une même étable, susceptibles d'être affectés, ou sont guéris ou ont succombé.

Nous avons cité des exemples de ce genre, et il nous est facile de les multiplier. A Idstein, une bête présenta les premiers symptômes de la pneumonie le 20 décembre 1825, il y avait dans la même étable 13 têtes de bétail. Ce premier cas fut suivi, au mois de janvier 1826 de trois autres. Le froid sec de janvier provoqua une suspension; en février, au dégel, la maladie recommença, et dans la même étable elle attaqua successivement sept individus, deux furent préservés et quatre moururent.

Ces exemples sont aussi fréquents que la maladie elle-même;

on voit encore assez souvent un cas unique dans une étable et les autres animaux rester exempts. C'est ce qui a lieu dans les maladies contagieuses de l'homme et des animaux, et on peut en conclure que tous les individus ne sont pas également prédisposés à recevoir l'impression du miasme ou virus contagieux, mais il ne s'ensuit pas que ces affections sont privées du pouvoir de se transmettre.

3° Dans plusieurs cas, la pneumonie attaqua des bestiaux placés dans des étables non désinfectées. En 1822, dans une étable de Wiesbaden où il y avait eu cinq bêtes pneumoniques, on mit, après qu'elles furent guéries, mortes ou abattues, quatre autres bêtes nouvellement achetées, aucune ne fut épargnée par la maladie. La même chose eut lieu dans une autre étable où plusieurs animaux avaient succombé à la pneumonie. Les bêtes nouvellement achetées occupèrent la place de celles qui étaient mortes, sans qu'on la désinfectât, elles devinrent aussi malades. Par contre, des observations d'animaux sains séjournant dans des infirmeries de pneumoniques, et ayant conservé leur santé intacte, ne manquent pas. Ce résultat contraire ne prouve rien autre chose qu'une prédisposition plus ou moins forte.

4° Je puis citer plus d'un cas que la pneumonie a été transportée d'une étable ou d'une contrée où elle régnait dans d'autres localités. En 1817, à Hirschberg, un bœuf périt de la pneumonie, son camarade qui travaillait avec lui au même joug et qui paraissait encore en parfaite santé, en fut séparé et placé près des vaches, il devint malade et mourut. Bientôt trois vaches avec lequel ce bœuf avait été en contact, eurent le même sort, deux succombèrent. En 1837, la pneumonie fut transférée de Minderbach, où elle sévissait avec force, à Berod, par le bétail qui avait été acheté dans la première localité.

Il n'est pas rare de voir des bœufs ou des vaches nouvellement achetés dans une contrée devenir pneumoniques et répandre le mal au loin. En 1803, le premier cas qui se présenta à Panroth fut un bœuf qui avait été acheté à une foire voisine. Il en fut de même à Haiger en 1824. La maladie se déclara d'abord sur un bœuf qui avait été ramené par un tanneur de Mengerskirchen. Dans la même étable, il se présenta plus tard d'autres

cas, dont on chercha à cacher l'existence, et on livra les individus à la boucherie. La bête qui offrait les premiers signes de la maladie à Holler, en 1829, fut un bœuf nouvellement acheté, un autre placé à côté du premier tomba aussi malade, ainsi que les vaches qui se trouvaient dans la même étable. A Rodenbach, la pneumonie se manifesta par une vache venue de Niederrosbach, elle se communiqua aux autres bêtes de l'étable.

Ces faits ne laissent aucun doute que la pneumonie puisse se transplanter d'une étable ou d'une contrée dans une autre, lorsqu'elle y est introduite par des sujets malades ou suspects. Mais de semblables observations parviennent rarement à la connaissance du public, et on en a tiré des prétextes contre la nature contagieuse de la pneumonie; car cette maladie étant souvent tenue secrète et le bétail malade ou suspect étant fréquemment répandu par le commerce, il faudrait, d'après les suppositions, que de tels exemples fussent plus multipliés; si la pneumonie était réellement contagieuse. Il est peut-être vrai que ces cas sont plus nombreux, qu'on ne le pense, sans qu'il y ait possibilité de les mettre en évidence. Il est toujours très-difficile d'en fournir la preuve exacte; le commerce des animaux n'est pas facile à surveiller, et le vendeur aussi bien que l'acheteur ont souvent un grand intérêt à garder le secret sur la propagation d'une maladie dont ils sont la cause indirecte.

5° Enfin, la possibilité d'arrêter la pneumonie dans sa marche, par des mesures de séquestration exacte, prises à temps, milite encore en faveur de la contagion. Dans plusieurs localités, où l'on ne cherchait pas à cacher le mal et où l'on séparait, aux premiers symptômes, les animaux malades des autres, la maladie fut étouffée, ou elle se bornait à quelques individus, dans le cas contraire, elle se transportait d'une étable à l'autre.

Après avoir mûrement pesé ces considérations, je dois déclarer que mon opinion est que la pneumonie, qui dans notre climat se déclare spontanément, est susceptible de se répandre par voie de contagion. Quels sont les agents porteurs du principe contagieux, comment se communique-t-il? C'est ce qui n'a pas encore été résolu jusqu'à ce jour. L'air expiré et de mauvaise odeur, le mucus et la salive qui découlent du nez et de la bouche

des animaux malades paraissent posséder le pouvoir contagieux au plus haut degré. Plusieurs auteurs anti-contagionistes déclarés, surtout *Dieterichs* et *Bojanus*, regardent comme nuisibles ces sécrétions, ainsi que la perspiration pulmonaire des malades; sans vouloir leur accorder la dénomination de matières contagieuses, ou leur reconnaître la propriété de développer une affection semblable chez les animaux sains. La peau, la graisse, la viande ne paraissent pas récéler de principe contagieux. *Dieterichs* rapporte néanmoins l'observation d'une vache qu'on avait recouverte de la peau d'une bête pneumonique récemment écorchée, et qui fut atteinte de la pneumonie neuf semaines après. Les progrès lents et insensibles de cette maladie dans les étables et les pâturages font supposer, du reste, que le principe contagieux n'existe pas à l'invasion, mais qu'il se développe à un degré plus avancé, et qu'il ne se communique pas au moyen de l'air, à une distance considérable. Il est certain que le pouvoir contagieux de la pneumonie, de même que celui d'autres maladies contagieuses, est augmenté par l'encombrement dans des locaux étroits, sombres et remplis d'une atmosphère chaude et humide.

On ne connaît pas encore exactement l'espace qui s'écoule entre le moment de la contagion et les premiers symptômes apparents. On suppose généralement qu'il est de quatre à six semaines. On ignore également si un animal déjà atteint est susceptible de l'être plusieurs fois (1). Tous ces points encore douteux doivent être décidés par des observations exactes et par des inoculations répétées et pratiquées avec soin.

L'opinion enfin que la pneumonie par elle-même n'est pas contagieuse, et qu'elle n'acquiert cette propriété, que lorsqu'elle se trouve réunie au typhus contagieux ou charbonneux, n'est nullement fondée; nous avouons cependant que son caractère contagieux devient plus intense par cette complication. Du reste la complication de la pneumonie avec le typhus contagieux dans

(1) M. *Vandewattyne*, vétérinaire de district à Bruges, a beaucoup observé cette maladie, très-fréquente dans les Flandres, il m'a assuré ne jamais avoir vu la pneumonie attaquer deux fois la même bête. S. V.

notre climat, ou n'existe pas, ou ne se présente que dans des circonstances extraordinaires, et avec le typhus charbonneux, elle ne se manifeste pas assez souvent pour qu'on doive attribuer à cette complication sa propagation par voie de contagion.

La pneumonie attaque les animaux de tout âge et de tout sexe, et si nous admettons que les bœufs sont moins prédisposés que les vaches, cette supposition est peut-être uniquement fondée sur le nombre bien plus considérable de ces dernières. Je puis prouver, par des états exacts, que les bœufs aussi bien que les vaches, les veaux d'un an, ceux sévrés ou encore à la mamelle, sont également sujets à la pneumonie. C'est ainsi qu'à Niederrosbach le total des malades fut de 57 vaches, 11 bœufs, 12 veaux à la mamelle et 26 veaux d'un an; à Stahlhofen, de un taureau, 3 bœufs, 1 veau à la mamelle, 5 veaux d'un an, 14 vaches et 3 veaux sévrés; à Weigandshain, de 7 bœufs, 4 vaches, 3 veaux à la mamelle, 3 d'un an et 1 sévré et au Stockheimerhof, de 5 taureaux, 3 bœufs, 17 vaches et 9 veaux d'un an.

La marche de la pneumonie est, d'après l'idiosyncrasie des animaux et les complications avec d'autres maladies, tantôt prompte, tantôt lente. Elle dure ordinairement quatorze, vingt et un jusqu'à vingt-huit jours, rarement la terminaison a lieu le neuvième ou le septième jour. Par cette forme lente, par la fièvre rémittente et la désorganisation particulière des poumons, cette maladie se distingue suffisamment de toute autre. D'après nos observations, nous ne trouvons aucun motif plausible pour diviser avec *Veith* la pneumonie en trois périodes, ni pour admettre avec *Wagenfeld* un type aigu et un type chronique; jamais nous n'avons distinctement remarqué ces périodes.

L'invasion de la maladie se caractérise ordinairement par des symptômes peu prononcés, de légers frissons vers le soir, le redressement du poil le long de la colonne vertébrale, celui-ci a perdu son lustre, peau sèche collée aux côtes, mouvements apparents des flancs pendant la respiration, toux petite, répétée, sèche, caverneuse, anxiété douloureuse par suite d'une forte pression sur les côtes, diminution de la sécrétion laiteuse, lait clair et aqueux, rumination rare, matières fécales rares, sèches, noirâtres, tels sont pendant plusieurs jours les seuls phénomènes

morbides que l'on observe. Les bestiaux conservent encore leur appétit, les individus étrangers à la médecine vétérinaire les considèrent alors comme sains. Ils ne refusent pas encore l'eau, mais la déglutition est gênée par une toux continue.

A mesure que la maladie augmente, les frissons fiévreux sont plus fréquents et plus forts, surtout le soir, ils sont accompagnés d'une respiration très-accélérée. Les yeux commencent à devenir larmoyants, chez quelques sujets ils sont injectés. Le mufle est tantôt sec et chaud, tantôt recouvert d'un mucus visqueux, et la température du corps est variable. L'appétit diminue tout à coup et la rumination cesse. La boisson se prend avec peine, provoque immédiatement la toux, et l'animal s'interrompt souvent. Les animaux se couchent rarement, se relèvent presque aussitôt, et lorsqu'ils sont debout, ils restent avec l'encolure tendue et éloignés de la mangeoire. Les membres antérieurs sont écartés du tronc, la tête se meut lentement d'un côté à l'autre. La respiration devient plus accélérée, plus courte, plus difficile. Le pouls est accéléré, mais petit. Les battements du cœur sont bruyants chez les animaux naturellement faibles, et insensibles chez les plus forts. Si l'on tient le plat de la main contre la paroi thoracique, près et en arrière de l'épaule, on aperçoit au côté droit aussi bien qu'au côté gauche, un bruissement particulier occasionné par le poumon le plus fortement attaqué. La peau devient plus sèche, de plus en plus adhérente, et la chaleur du corps plus variable. Le lait se tarit entièrement, et les vaches pleines avortent ordinairement. Après l'avortement la maladie prend souvent une marche plus rapide. Que la mise bas avant terme aurait un effet favorable sur le cours de la maladie, n'est pas confirmé par notre expérience.

Lorsque la pneumonie est parvenue à son plus haut degré, la toux est plus rauque et plus douloureuse, la respiration plus pénible, haletante, râlante, et l'air expiré répand une mauvaise odeur. Les battements du cœur sont bruyants, extraordinairement accélérés, le pouls de plus en plus faible, le mucus qui découle des naseaux est fluide et infect. Quelquefois il survient une diarrhée verte, infecte, accompagnée de météorisation. J'observai des cas où les météorisations étaient si subites et si

fortes que les propriétaires croyaient voir une tympanite, et imbus de cette fausse idée, ils faisaient appliquer le trois quarts. L'urine est brune et infecte. Plus souvent il apparaît à l'encolure et au poitrail, des tumeurs lymphatiques qui acquièrent un volume considérable; je les remarquai fréquemment à Wallrabenstein pendant l'épizootie de 1831. La faiblesse, l'inquiétude, l'anxiété augmentent, les animaux sont indifférents, insensibles pour tout ce qui les entoure, il y a grincement de dents, ils peuvent à peine se soutenir sur leurs jambes chancelantes, jusqu'à ce qu'enfin ils tombent, et périssent subitement ou insensiblement par suffocation. Tous ces symptômes ne sont pas soumis à des périodes fixes. Je vis la mort survenir le troisième, le cinquième et le septième jour, aussi dans la troisième, la quatrième, même dans la sixième semaine.

On peut espérer la guérison, si la respiration devient plus facile, la toux plus rare et plus sonore, quand l'appétit et la rumination reviennent, et que les bestiaux se couchent de temps à autre. Presque jamais le rétablissement n'est complet, la plupart conservent, même alors que la maladie a eu une issue heureuse, une toux incurable, ils restent maigres et la phthisie ou l'hydropisie met une fin à leur existence.

Les lésions pathologiques que l'on rencontre à l'ouverture des cadavres diffèrent d'après la durée de la maladie et sa complication avec d'autres affections. Les changements des poumons et des plèvres qui sont les signes pathognomoniques de la pneumonie ne manquent jamais.

Si la durée de la maladie a été longue, l'amaigrissement est considérable. Les muscles sont flasques et pâles, le tissu cellulaire sous-cutané infiltré. Chez quelques individus, il s'échappe par la bouche et les naseaux un fluide blanchâtre, jaune-verdâtre. Quelquefois on rencontre l'anus et les parties génitales tuméfiées, rouges-bleuâtres, et l'abdomen fortement météorisé. On ne voit ordinairement rien de remarquable dans la cavité crânienne. Sur trente ouvertures, je trouvais deux fois le cerveau ramolli et un épanchement dans les ventricules.

On veut avoir trouvé maintes fois un épanchement d'un liquide jaune-roussâtre dans la cavité abdominale; je ne l'ai jamais ob-

servé dans les trente sujets dont j'ai fait l'autopsie. Le mésentère, l'estomac et les intestins sont assez souvent parsemés de taches rouges. Le feuillet est ordinairement dur, ses prolongements sont blanchâtres et friables. La caillette est rouge parfois à l'intérieur, et elle contient un mucus de mauvaise odeur que l'on rencontre aussi fréquemment dans les intestins colorés en rouge. La vésicule biliaire est fortement distendue par une bile d'un brun foncé; chez les vaches qui ont avorté, la matrice renferme une matière fétide, jaune-brunâtre. Les autres viscères abdominaux n'offrent ordinairement aucun changement.

Les lésions les plus importantes se trouvent dans la poitrine, on les voit de suite à l'ouverture de cette cavité. Le parenchyme des poumons, ordinairement de l'un des deux lobes, le plus souvent du gauche, plus rarement des deux à la fois, est tellement dénaturé, que leur tissu lâche et délicat n'est plus reconnaissable. La face interne de la plèvre est recouverte d'une couche d'un doigt d'épaisseur, formée d'une matière caséeuse, blanche, grise ou jaunâtre, plus ou moins adhérente, tombant çà et là par morceaux, ayant quelquefois la consistance d'une membrane épaisse et coriace. Cette masse forme des cellules de diverse grandeur, d'où il s'écoule par l'incision un liquide trouble, jaunâtre mais jamais il n'en sort du véritable pus. Le lobe pulmonaire dont le tissu est le plus désorganisé, est aussi recouvert d'une plus grande quantité de cette matière. Le poumon même est induré, il se laisse à peine entamer avec l'instrument tranchant. Il offre aussi un volume plus considérable, et il est beaucoup plus lourd qu'à l'état sain. Je rencontrais un cas, où le poumon gauche avait acquis un poids de 35 livres, tandis que le droit était mou et atrophié. Dans un autre cas, le poumon droit pesait 20 livres, le gauche n'était hépatisé que dans sa moitié postérieure, la moitié antérieure ayant conservé sa spongiosité. Si l'on incise les poumons désorganisés, les faces latérales de l'incision présentent un aspect marbré, on voit des couches de couleur de chair, rouges-brunes et bleuâtres, circonscrites par des lignes solides, jaunes-blanchâtres. Souvent on trouve sous celles-ci une matière jaunâtre, sèche et cassante. Jamais il n'y a du véritable pus. La cavité thoracique et le péricarde contiennent encore souvent une

grande quantité d'un liquide séreux, dans lequel nagent des flocons d'une couleur blanche-grisâtre. Le cœur est pâle, ramolli, et ses cavités sont remplies de sang caillé. La trachée-artère et les bronches renferment un mucus écumeux, et la muqueuse de ces parties est ordinairement épaissie et parsemée de stries rouges. Toutes ces lésions sont d'autant plus prononcées que la maladie a été plus longue. Si la mort survient du troisième au cinquième jour, ou que les animaux sont abattus vers cette époque, les plèvres sont injectées, et la désorganisation n'a souvent acquis que le volume de la main, même une étendue encore moindre.

La pneumonie peut être compliquée avec d'autres maladies, tels que le typhus contagieux ou charbonneux ou la cachexie aqueuse. Il arrive parfois que par ces complications, l'affection principale prend une forme particulière dans sa marche, non-seulement chez quelques individus, mais tout le cours de l'épizootie est changé.

Pendant ces quatorze dernières années, la pneumonie accompagnée du typhus contagieux ne fut pas observée dans le duché de Nassau. La dureté du feuillet, l'état sec des aliments qu'il contient, le ramollissement des prolongements ne sont nullement des signes pathognomoniques de la complication précitée.

Réunie au typhus charbonneux, on l'observa plusieurs fois, et une seule fois elle se présenta accompagnée de la cachexie aqueuse.

Compliquée du typhus charbonneux, la pneumonie est beaucoup plus dangereuse, elle a une terminaison plus prompte, au point que les animaux meurent du troisième au cinquième jour. D'autres bestiaux sont ordinairement entraînés en même temps et subitement par le typhus charbonneux. Outre la marche rapide, on reconnaît cette complication aux tumeurs, qui dès les premiers jours se manifestent à l'encolure et aux membres, ainsi qu'au gonflement et au ramollissement de la rate; au volume plus considérable du foie et à la couleur goudronnée du sang dans le système veineux de l'abdomen. La mort survenant avec plus de promptitude, la désorganisation des poumons n'a pas envahi une étendue aussi grande. C'est ainsi que l'on observa la pneumonie en 1825, à la ferme de Roedern près de Fischbach, à Idstein, à Schupach, et en 1827 à Stahlhofen.

La pneumonie compliquée de la cachexie aqueuse régna en 1830 à Schoenbach. Cette complication paraît être très-dangereuse, car les 2/3 des animaux atteints dans cette commune, périrent. Cet état pathologique ne présente pas de phénomènes assez saillants pour aider au diagnostic de l'affection concomitante. Outre les lésions des poumons, on rencontre cependant à l'ouverture des cadavres, un épanchement considérable dans la poitrine et l'abdomen, le foie est fort ramolli, les conduits hépatiques sont obstrués par des douves et la vésicule biliaire est remplie d'une bile fluide et aqueuse ; les intestins sont pâles, les ganglions mésentériques blancs et hypertrophiés. Il y a épanchement dans le rachis et la moelle des os longs est sans consistance.

Si l'on prend en considération les ravages que la pneumonie occasionne, on devra la regarder comme une des maladies les plus léthales de l'espèce bovine. Dans des circonstances favorables, on perd le tiers, la moitié, jusqu'aux 2/3 des animaux atteints, et la valeur de ceux qui ont échappé, a grandement diminuée. Les changements remarquables que subit le tissu pulmonaire, peuvent nous convaincre que le rétablissement complet est seulement à espérer, lorsqu'une médication convenable est pratiquée à l'apparition des premiers symptômes, avant que l'altération des poumons ait fait des progrès sensibles. Les moyens curatifs doivent être en rapport avec le caractère de la maladie. Nous pouvons conclure avec fondement des autopsies, que la pneumonie n'est qu'une phlegmasie de la plèvre et du tissu pulmonaire, caractérisée par une forte tendance à la sécrétion de matières plastiques. Il n'est pas question ici d'une inflammation franche. Le traitement doit donc être dirigé de manière à diminuer la masse du sang et sa plasticité, et d'attirer vers la surface du corps la sécrétion pathologique des poumons. La première indication est remplie d'une manière prompte et certaine par des émissions sanguines proportionnées au degré de la maladie et aux forces des sujets. Elles sont recommandées par les meilleurs auteurs, tels que *Dieterichs, Bojanus, Wagenfeld,* etc. On fait une première saignée de huit à douze livres et on la répète après vingt-quatre ou trente heures. Les déplétions

sanguines doivent être basées sur la force des animaux, l'accélération de la respiration, l'injection des yeux, la sécheresse de la bouche et du muffle, plus ces symptômes sont prononcés, plus elles doivent être abondantes. Quelques pathologistes, entre autres *Veith*, imbus de l'idée du caractère typhoïde de la pneumonie, craignant les suites de l'action débilitante des saignées, les limitent trop. Ce système provient d'une fausse théorie, je rejette comme nuisible, comme le résultat d'une erreur, l'administration précoce des stimulants.

Pour remplir la seconde indication, la dérivation de la sécrétion morbide des poumons, on provoque une suppuration étendue aux parties latérales ou antérieures du thorax. Ce but est le plus promptement atteint par de longs sétons enduits d'essence de térébenthine ou de tout autre onguent irritant. Le moyen le plus simple est de saupoudrer de cantharides, les cordons trempés dans l'essence de térébenthine, et si l'on avait à craindre l'action nuisible de ces insectes sur les vaches pleines, on les remplace par la poudre d'euphorbe (1). Les sétons produiront des effets d'autant plus favorables, que l'inflammation locale est plus étendue et la suppuration plus abondante. On laisse ces sétons pendant au moins trois semaines, et journellement on les panse. Ils remplissent complétement le but, lorsqu'ils sont appliqués de bonne heure et qu'ils ont une grande étendue, ils rendent inutile la cautérisation des parois thoraciques et les frictions avec les onguents âcres, surtout la pommade couteuse de deutochlorure de mercure. Les saignées et les sétons renferment l'indication principale. Avec ces moyens doit concorder le choix des médicaments à administrer à l'intérieur. Je recommande surtout comme règle générale, en opposition avec la pratique d'une foule de vétérinaires, de simplifier, autant que possible, les formules. On ne perdra jamais de vue, dans les épizooties, d'éviter tous frais inutiles et de donner, par conséquent, la préférence aux remèdes les moins compliqués, du moment qu'ils remplissent le but. Ils serviront d'abord à vaincre les constipations et à favori-

(1) Des frictions d'un onguent composé d'une once d'axonge et de deux gros de tartre stibié remplissent fort bien cette indication. S. V.

ser les déjections alvines, qui, au commencement de la maladie, sont toujours sèches et peu abondantes. A cet effet on donne le sulfate de soude ou de magnésie à la dose de 4 à 6 onces toutes les trois à quatre heures. S'il n'y a pas de constipation on administre le nitrate de potasse, l'hydro-chlorate d'ammoniaque et le soufre sublimé dans les proportions suivantes :

P.	Nitr. de pot. . . .	℥ij.
	Hydro-chl. d'amm.	℥ß.
	Soufre subl. . . .	ʒij.

Cette dose est répétée trois fois par jour.

Le mode d'administration le plus convenable est en breuvage, avec de l'eau blanche, une décoction de graines de lin ou d'orge. Lorsque les sétons donnent une suppuration louable, que la constipation a été vaincue, l'acide hydrochlorique est une substance peu couteuse, qui, sans irriter, prévient l'épuisement et empêche que la maladie ne prenne un caractère typhoïde. On donne cet acide à la dose d'un gros, trois fois par jour, dans une décoction mucilagineuse.

Quelques vétérinaires préconisent le calomel à la dose de dix à vingt grains, trois ou quatre fois par jour et continué jusqu'à ce que les déjections sont devenues molles et moins consistantes, mais ma propre expérience ne me permet pas de porter un jugement sur cet agent thérapeutique, ne l'ayant jamais employé. Wagenfeld le rejette comme tout à fait inerte (1). Des observa-

(1) *C. Walsch*, vétérinaire du district de Harsfeld, vante beaucoup l'usage externe du tartre stibié, il assure avoir sauvé plusieurs fois des bestiaux pneumoniques qui déjà étaient destinés à être abattus. Il s'en sert de la manière suivante : tartre stibié 3 parties, cantharides, euphorbe de chaque 1 partie, onguent basilicum 8 parties, essence de térébenthine q. s., jusqu'à une consistance convenable pour être étendue sur la peau. Cet onguent est appliqué sur les parties latérales du thorax, préalablement rasées, et sur une surface de 4 pouces ; dans quelques cas on répète cette application.

Après 24, 36 ou 48 heures il provoque ordinairement des engorgements considérables et très-étendus, mous chez certains individus, plus durs chez d'autres. Si ces tuméfactions ont acquis un volume, que l'on croit suffisant, on les abandonne à elles-mêmes. Elles ne furent jamais percées, mais elles s'ouvrirent spontanément ; leur guérison fut lente et difficile. De ce moment,

tions suivies sur les effets du tartre stibié à la dose de vingt à trente grains, trois fois par jour, manquent (1).

Le camphre et les stimulants toniques, tels que la racine de calamus, de gentiane, d'angélique, de valériane, d'aunée, conviennent seulement dans la dernière période de la maladie, ils ne doivent être donnés que lorsqu'il se manifeste une diarrhée forte et fétide.

Des vétérinaires conseillent des bains de vapeurs émollientes, avec addition de vinaigre. Je n'en ai jamais fait usage, mais ils peuvent contribuer à calmer la toux (2). Je m'abstiens également, faute d'observations, de me prononcer sur la célèbre eau de goudron. Je pense qu'elle convient seulement dans la dernière période de la maladie, quand déjà il y a adynamie et exsudation de sérosité dans la poitrine. On prépare cette eau de goudron, en prenant deux livres de goudron, sur lesquelles on verse quatre à cinq livres d'eau, on remue souvent le mélange. Après vingt-quatre heures, on décante l'eau et trois fois par jour on en donne une livre à chaque bête. On pourrait remplacer l'eau de goudron par une décoction de jeunes pousses de pin et de génévrier.

Je dois encore rappeler qu'on a tenté dans un cas, l'administration de l'acide arsénieux, dans le but de résoudre et de rétablir le tissu désorganisé des poumons, mais comme on devait s'y attendre, cet essai a été infructueux.

presque tous les malades, pour lesquels on ne négligea du reste rien, sous d'autres rapports, commencèrent à s'améliorer, et sauf quelques rares exceptions, tous guérirent. Des bêtes que l'on considérait comme entièrement perdues, se rétablirent. Un bœuf entre autres en présenta un exemple. Malade depuis 9 jours, ce n'était plus qu'un squelette avant l'application de l'onguent épispastique. Il ne se couchait plus, les battements des flancs étaient si violents qu'on s'attendait à chaque instant à le voir périr par suffocation ; quatorze jours après la première friction, il était complétement rétabli.

Le même vétérinaire pense, d'après ses nombreux essais, que l'usage externe du tartre stibié dans d'autres maladies comme la pneumonie du cheval, est souvent suivi d'effets favorables.

Zeitschrift von Nebel *und* Vix. B. 1. S. 174. S. V.

(1) M. *Vandewattyne*, déja cité, a eu de nombreux succès par l'administration du tartre stibié, non pas à la dose de 20 à 30 grains, mais à la dose de 2 à 3 gros.

(2) Les bains de vapeurs émollientes, peuvent contribuer à calmer la toux, mais sans addition de vinaigre. S. V.

S'il y a complication de pneumonie et de typhus charbonneux, toute la médication qu'exige cette dernière maladie, doit être mise en usage, à l'exception cependant des affusions d'eau froide qui sont tout à fait contre-indiquées dans l'état pathologique actuel des poumons. Dans des cas semblables, j'ai trouvé que le moyen le plus puissant était l'acide hydrochlorique. Le traitement devient très-difficile, lorsque la pneumonie est accompagnée de la cachexie aqueuse. Les saignées ne seront faites qu'avec beaucoup de circonspection, on obtiendra les résultats les moins défavorables des sétons, du nitrate de potasse, de l'hydrochlorate d'ammoniaque avec une infusion de baies du génévrier et du camphre. C'est surtout dans cette complication que l'eau de goudron sera active.

Pendant toute la durée du traitement, on placera les animaux dans des écuries propres et d'une température modérée, on les bouchonne souvent et on dégage la bouche et le nez du mucus par des gargarismes d'eau et de vinaigre. Les bestiaux malades qui ont encore conservé de l'appétit, sont alimentés avec du foin de bonne qualité trempé et aspergé d'une dissolution de sel marin, ou avec des pommes-de-terre et des navets à moitié cuits. Ce mode d'alimentation doit être prolongé pendant un certain temps, durant la convalescence.

Pour prévenir la pneumonie dans les contrées qui y sont fréquemment exposées, on éloignera toutes les influences nuisibles qui se rencontrent dans l'hygiène du bétail. Dans le duché de Nassau, où elle règne souvent, il y a surtout à recommander une meilleure distribution des étables, plus de propreté pour celles-ci et pour les bêtes elles-mêmes.

Les prés bas et marécageux doivent, autant que possible, être desséchés. Avant de faire pâturer on fixera son attention, sur le temps, la saison et l'époque de la journée, afin que le bétail ne soit pas exposé aux vents froids et secs du printemps, ni à l'air froid et humide de l'automne, ni aux pluies continuelles. Il n'est pas moins important de soumettre à de meilleurs traitements les bœufs et les vaches employés au joug, de ne pas les surmener et de ne pas les chasser dans des pâturages humides, lorsqu'ils sont échauffés par le travail et épuisés par la faim. La température

âpre du premier et deuxième et en partie du troisième et du quatrième district, peut être considérée comme la cause réelle de la fréquence de la pneumonie dans ces districts. Il n'y a pas le moindre doute, que l'influence nuisible du climat ne soit considérablement augmentée, par les circonstances défavorables que nous venons d'énumérer et qui, du moins en partie, sont susceptibles d'être écartées.

Lorsque la pneumonie s'est manifestée, il est nécessaire, pour empêcher sa propagation, d'améliorer l'alimentation et les autres détails hygiéniques. Si le bétail se trouve, par exemple, dans des pâturages bas et marécageux, on les lui fait abandonner immédiatement, et on le met dans des prés élevés. N'y a-t-il aucune possibilité d'opérer ce changement de localité, la constitution atmosphérique est-elle froide et humide, il est préférable de faire rentrer les bestiaux à l'étable, si toutefois les approvisionnements ne manquent pas. On se contente encore de les faire sortir pendant quelques heures de la journée. Quand la pneumonie fait son apparition à l'étable, on change également le mode de nourriture. On remplace les soupades, les résidus des distilleries par de bons fourrages secs ou verts, et comme boisson, on administre l'eau pure légèrement tiède, dans laquelle on fait dissoudre une petite dose de sel. Il est prudent de diminuer la quantité des aliments, chez le bétail bien nourri. On ne négligera pas les soins de propreté et les bouchonnements fréquents. Les étables doivent être bien tenues, souvent aérées, sans que le bétail soit exposé aux courants d'air; il sera pourvu d'une bonne litière.

Il y a encore des moyens préservatifs particuliers à prendre pour les animaux qui sont soumis au même régime, et chez lesquels on peut supposer une égale prédisposition. On pratiquera une saignée de six à huit livres à toutes les bêtes en bon état, et à toutes, sans exception, on placera des sétons, qu'on entretiendra au moins pendant trois semaines. On administrera trois fois par jour à un bœuf et à une vache deux cuillerées, une seule, à un animal plus jeune, d'un mélange de sel, de soufre et de baies de genévrier.

Nous avons démontré que la pneumonie acquiert souvent un

caractère contagieux, il est donc indispensable de ne négliger aucune mesure de police capable de prévenir l'extension de cette maladie par voie de contagion. Dans les contrées où la pneumonie sévit, le commerce des bêtes à cornes doit être suspendu et la sortie sévèrement prohibée, même pendant six semaines après le dernier cas maladif. La police s'assurera d'abord que les bêtes malades soient exactement séparées de celles qui sont encore saines, placées dans un autre local, et soignées par les individus qui n'ont aucune communication avec les premières. On a aussi proposé d'écarter le bétail sain des étables où la maladie s'était déclarée, et de l'héberger ailleurs. Cette mesure est inexécutable et inutile, l'expérience prouve que la pneumonie n'est pas contagieuse pendant les premiers jours après son début. Tout ce que l'on peut exiger sous ce rapport, c'est de défendre strictement que les animaux des étables où quelques cas se sont montrés, ne communiquent pas avec d'autres dans les pâturages. La pneumonie sera d'autant plus vite maîtrisée que les éleveurs se prêtent plus volontiers à cette mesure, qu'elle soit mise plutôt à exécution et maintenue avec sévérité.

L'enfouissement des cadavres demande des soins particuliers. Ils doivent être enterrés dans une fosse profonde, et, quoiqu'il n'y ait aucune preuve certaine qui démontre que les cuirs recèlent le virus, la prudence commande néanmoins de les plonger immédiatement dans le bain de chaux. La paille qui a servi de litière ne peut être jetée sur le fumier, il faut qu'elle soit enfouie dans un lieu écarté. Les places occupées par les animaux malades, ainsi que tous les ustensiles de l'étable seront soigneusement désinfectés. Les rateliers et les mangeoires seront lavés avec une dissolution de chlorure de chaux, les murs replâtrés et les étables aérées pendant plusieurs jours.

Afin de décomposer le virus contagieux qui s'accumule dans les étables, il est nécessaire d'y placer plusieurs vases remplis d'une dissolution de chlorure de chaux. On l'agite de temps à autre, et on la renouvelle tous les trois jours. La matière contagieuse perd ses propriétés malfaisantes par le dégagement lent et continu du chlorure gazeux. Ce mode est à préférer aux fumigations guytoniennes, il ne gêne ni l'homme ni le bétail. Les

fumigations deviennent généralement nuisibles, car elles provoquent la toux aussi bien chez les bêtes saines que chez les malades. Les vapeurs vinaigrées sont moins irritantes et, par conséquent, moins nuisibles.

On n'a pas encore éprouvé des effets aussi funestes de l'usage de la viande et du lait des bêtes affectées de pneumonie que de ces substances provenant de celles atteintes de typhus charbonneux. Cependant la viande et le lait doivent être proscrits comme aliments pour l'homme. *Huzard, Hanemann*, *Bojavus*, *Dieterichs, Hoffacker* et *Wagenfeld* déclarent que ces substances sont innocentes, ils conseillent même de livrer aux boucheries, le bétail dont la maladie est commençante et avant que l'amaigrissement survienne. On se base ordinairement à cet égard sur l'opinion d'*Huzard.* Celui-ci ne se prononce cependant pas catégoriquement, il dit seulement qu'en 1770 et 1794, lorsque la pneumonie régna à Paris, on s'est nourri avec le lait et la viande des animaux malades, sans que l'on vit surgir plus de maladies parmi les habitants. Nous ne voyons pas dans cette assertion une preuve d'innocuité, les désordres passagers, les maladies lentes auxquelles l'usage de cette nourriture peut donner lieu, sont difficiles à suivre dans une cité populeuse, et peuvent fort bien passer inaperçus. Il est d'ailleurs assez connu qu'il n'y a que ce qui provient d'une bête saine qui puisse être consommé sans danger et sans dégoût. Si la chair d'animaux vieux et maigres est déjà considérée comme malsaine et indigeste, à bien plus forte raison le sera celle d'individus atteints d'une maladie accompagnée de réaction fébrile, assez souvent compliquée de typhus charbonneux et de décomposition putride. Les débris de ces animaux ne conviennent plus à la consommation, ils sont nuisibles à la santé et leur usage doit être strictement défendu. Il ne manque pas d'observations, qui prouvent suffisamment que la chair des bêtes pneumoniques est nuisible à l'homme, j'en appelle à celles communiquées par le docteur *Albert* (1). Les bestiaux, qui même ont eu la maladie, mais qui restent dans un état de marasme et de faiblesse ne doivent pas être livrés à la boucherie.

(1) Hencke, *Zeitschrift für Staatsarzneykunde.* Jahrgang, 1832. S. 96.

Chabert et *Dieterichs* ont fait une remarque importante, ils ont observé que la pneumonie est héréditaire. *Dieterichs* (1) vit le poumon droit d'un fœtus de huit mois, provenant d'une vache pneumonique, présenter les phénomènes propres à cette maladie. Poussant plus loin ses recherches, il trouva un seul ou les deux lobes malades chez des veaux nés de vaches pneumoniques, qui moururent spontanément ou périrent sous le couteau du boucher du troisième au sixième mois après leur naissance. Des faits identiques ont été aperçus dans les individus de la race ovine atteints d'affections des poumons, et il est connu que des mères attaquées de pneumonies graves les communiquent souvent à leurs enfants. Mes investigations ne confirment pas celles de *Chabert* et de *Dieterichs*; trois veaux parvenus à terme, nés de vaches qui avaient souffert de la pneumonie pendant dix à quatorze jours et qui succombèrent après le velage, présentèrent des poumons parfaitement sains. Il en fut de même pour les fœtus de deux, cinq et six mois. L'usage du lait des vaches pneumoniques n'est, d'après les expériences de *Rudolphi* et de *Dieterichs* nullement nuisible pour les bestiaux sains.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Concours sur la question de l'ophthalmie de l'armée.

MÉDAILLES DÉCERNÉES.

La Société des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question suivante :

« Décrire les causes, les symptômes, la nature et le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée.

(1) *Ueber die haeufig herrschende Lungenseuche.* S. 32.

» La Société désire que les concurrents s'attachent spécialement à la partie prophylactique de la question, et qu'ils appuyent leurs opinions de faits authentiques et concluants. »

Trois mémoires sont parvenus en réponse à cette importante question.

La Société, après un long et minutieux examen, a décidé, dans sa séance du 6 avril 1840, que le prix ne pouvait être décerné, la question n'ayant pas été complétement résolue par les concurrents ; mais voulant donner un témoignage honorable de l'intérêt qu'elle porte aux mémoires qui ont le plus approché du but qu'elle s'était proposé d'atteindre en mettant la question au concours, elle a décerné, à titre d'encouragement, les récompenses suivantes :

1° Une médaille d'or de la valeur de six cents francs et le diplôme de membre correspondant à M. Henri-Vincent Decondé, docteur en médecine, médecin de régiment au 3e chasseurs à pied, en garnison à Liége, auteur d'un mémoire portant pour devise : *Les faits sont maintenant dans l'ordre intellectuel la puissance en crédit.* (Guizot.)

2° Une médaille d'or de la valeur de quatre cents francs à M. H.-P. Gouzée, docteur en médecine, médecin principal de l'armée, etc., à Anvers, déjà membre correspondant de la Société, auteur du mémoire ayant pour épigraphe : « *Dira per incautum serpunt contagia vulgus.* » (Virg. Georg. III, vers 469.)

Le Secrétaire-adjoint,
J. R. Marinus, D. M.

Fig 3

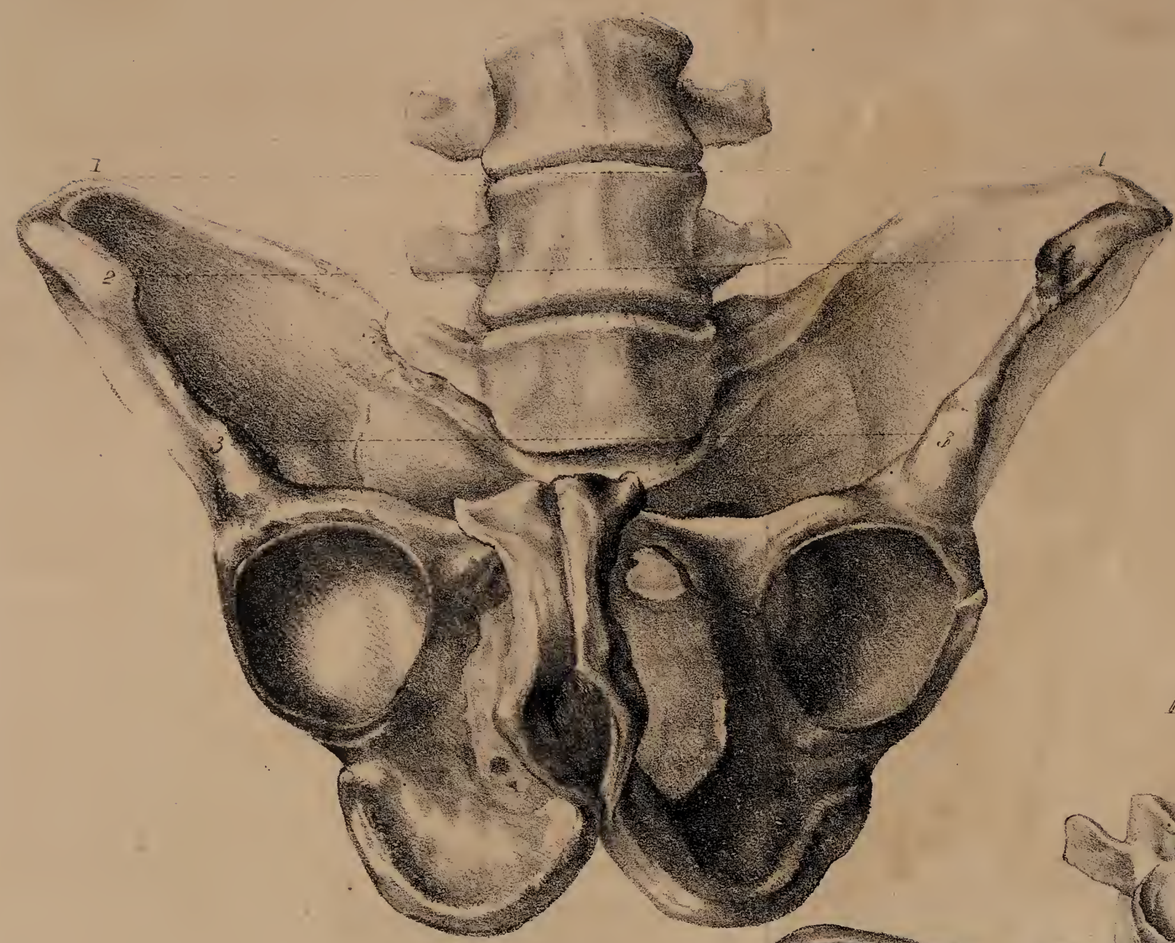


Fig 2

Fig. 1.

MENSURATION DU BASSIN.

DÉTROIT SUPÉRIEUR. — FIG. 1.

		pouces	lig.
1°	Diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien. . .	2	»
2°	— transverse.	4	»
3°	— diagonal droit.	3	6
4°	— — gauche.	3	10

DÉTROIT INFÉRIEUR. — FIG. 2.

1°	Diamètre antéro-postérieur.	2	»
2°	— transverse	1	6
3°	— diagonal droit.	2	9
4°	— — gauche.	2	1

BASSIN VU DE FACE. — FIG. 3.

1°	Distance entre les crêtes des os des îles. . . .	8	6
2°	— des épines antérieures et supérieures. .	6	6
3°	— — antérieures et inférieures. . .	4	11

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

ANKYLOSE DU GENOU AVEC FLEXION PERMANENTE DE LA JAMBE SUR LA CUISSE,

GUÉRISON AU MOYEN D'UN APPAREIL FORT SIMPLE;

Par M. LUTENS jeune, médecin de régiment au 2e d'artillerie.

L'ankylose est quelquefois une terminaison heureuse que le chirurgien doit favoriser par tous les moyens possibles, surtout si elle est la suite d'une tumeur blanche avec carie et destruction des liens articulaires.

Il faut chercher, autant que possible, à donner à la partie ankylosée la position la plus favorable pour l'exercice de ses fonctions. Bien souvent cette règle est négligée, et alors on voit très-souvent des malades, échappés aux accidents graves d'une maladie articulaire, être affectés d'une infirmité qui les prive de l'usage d'un membre. On doit rechercher de quelle manière l'ankylose s'est établie, avant d'instituer des moyens de guérison, car elle constitue souvent une infirmité contre laquelle tous nos moyens échouent, et qu'il est sage quelquefois de respecter. C'est dans ce but que la division, que les auteurs ont donnée de l'ankylose, en complète et incomplète, offre de l'avantage.

Je ne veux pas énumérer toutes les causes qui donnent lieu à cette maladie, et expliquer de quelle manière la nature opère les soudures, mon intention étant de dire quelques mots sur la

flexion de la jambe sur la cuisse, accident qui complique fréquemment les affections du genou.

Dans l'état de repos parfait du corps, les muscles fléchisseurs exercent en général une grande prépondérance sur les extenseurs, ce qui est surtout remarquable aux extrémités inférieures. C'est ainsi que la tête se fléchit sur la poitrine, l'avant-bras sur le bras, la jambe sur la cuisse. Cette position, qui indique le plus grand relâchement du corps, est celle que les malades préfèrent dans toutes les maladies en général et spécialement dans celles qui affectent les extrémités inférieures. Si le chirurgien ne surveille pas exactement cette tendance à la flexion, ou que par une timidité blâmable, il néglige de mouvoir la partie malade, surtout si le genou est le siége d'une affection quelconque, par exemple, d'une tumeur blanche, alors les muscles fléchisseurs, se rétractant, maintiennent le membre dans l'immobilité, les ligaments deviennent tendus et roides par le gonflement des extrémités articulaires, qu'ils appliquent les unes contre les autres et provoquent bientôt une ankylose incomplète.

Cette maladie dont le pronostic devient de plus en plus grave en raison de sa durée, peut aussi survenir à la suite des brûlures, d'abcès, d'ulcères entourant le genou, soit qu'il se forme des brides qui empêchent l'extension du membre, ou que l'articulation ait été condamnée à une immobilité parfaite. Dans cette dernière circonstance, les ligaments se raccourcissent, et la synovie devient de moins en moins abondante.

On a conseillé l'emploi de différents moyens pour obvier à cet accident, et la plupart des praticiens recommandent l'extension mécanique. Mais comme les chirurgiens ne sont pas tous en possession de ces instruments, ils y suppléent en exerçant une extension par des attelles et des bandages. Or les tractions qu'on opère de cette manière, étant ou insuffisantes ou trop brusques, bien souvent les malades n'obtiennent aucune amélioration dans leur état, ou bien il survient des accidents inflammatoires qui font perdre un temps précieux. C'est pourquoi ayant eu occasion de rencontrer deux cas d'ankylose compliquée de flexion de la jambe, et dont la guérison a été obtenue en peu

de temps, je m'empresse de publier le moyen très-simple auquel j'ai eu recours.

Obs. I. — Chez un soldat, venu de l'infirmerie de Turnhout, il existait une ankylose depuis sept mois, survenue à la suite d'une tumeur blanche dont on avait heureusement arrêté les progrès. La jambe formait avec la cuisse un angle droit, de manière à empêcher l'usage de ce membre. L'absence de toute douleur et le gonflement peu considérable de l'articulation, m'ayant fait supposer qu'il n'y avait plus de travail inflammatoire dans la partie, et que l'infirmité du malade provenait de la rétraction des fléchisseurs et de la roideur des ligaments de l'articulation qui avait été conservée dans une immobilité parfaite pendant toute une année, je jugeai convenable d'employer un moyen mécanique dont voici la description : j'appliquai derrière le creux du jarret une attelle en bois de chêne, concave, de la longueur d'un pied et bourrée à ses deux extrémités, de sorte qu'elle appuyait d'un côté sur le mollet et de l'autre sur la partie moyenne et postérieure de la cuisse. La partie antérieure du genou fut recouverte d'un coussinet creux à sa face postérieure pour recevoir la rotule de manière à empêcher tout glissement de ces os. Autour du genou, en y comprenant toutes ces pièces d'appareil, je plaçai un tourniquet dont je remplaçai le ruban par une forte courroie en cuir, et dont le corps reposa sur le coussinet de la rotule.

En rapprochant les deux extrémités, au moyen de quelques tours de vis, je produisis une extension de la jambe sur la cuisse, d'abord modérée, ensuite de plus en plus forte. Ce moyen extensif fut appliqué pendant un mois entier, et le redressement de la jambe fut complet. Mais comme les muscles extenseurs et les ligaments articulaires n'avaient pu acquérir leur élasticité normale, je fus obligé de placer, pendant quelque temps encore, une simple attelle postérieure pour empêcher la flexion subite de la jambe. Cet homme est sorti de l'hôpital marchant avec facilité, assurance et sans soutien.

Obs. II. — Hollands, matelot à bord d'une canonnière, fut traité pour un abcès large, situé à la partie interne du genou droit. On en fit l'ouverture, et il s'écoula de la plaie une grande

quantité de pus sanieux et fétide. Il y eut un grand décollement de la peau qui avait un aspect noir et évidemment gangréneux. Toutes ces parties gangrénées furent excisées et il en résulta une énorme plaie qui mit beaucoup de temps à se cicatriser.

L'articulation n'avait point été affectée; mais le membre ayant dû être maintenu dans une immobilité parfaite pour favoriser la cicatrisation, il y eut une flexion permanente de la jambe sur la cuisse, avec un léger degré d'ankylose. Le même appareil fut appliqué après que la cicatrice avait paru assez solide, et le redressement fut effectué en peu de jours sans la moindre déchirure.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR SQUIRRHEUSE DANS L'AISSELLE, HÉMORRHAGIE GRAVE ET REBELLE, CESSATION DE L'HÉMORRHAGIE PAR LA COMPRESSION DIRECTE;

PAR LE MÊME.

Hurbin, soldat au 8e de ligne, âgé de 19 ans, tempérament lymphatique, cheveux roux, fut admis dans le service des blessés à l'hôpital militaire d'Anvers, dans le mois de septembre 1837, pour une tumeur située dans l'épaule gauche.

Quatre mois auparavant il avait reçu dans le creux de cette région, un violent coup de poing, qui avait d'abord provoqué un engorgement douloureux auquel il n'avait apporté aucun remède, et auquel succéda, dans son centre, un noyau induré qui augmenta insensiblement de volume jusqu'à acquérir celui d'un œuf de poule.

La tumeur était bosselée, adhérente, entourée de plusieurs ganglions également dégénérés et donnant lieu à des douleurs lancinantes qui s'irradiaient vers l'épaule correspondante et sur le côté gauche de la poitrine. La constitution du malade n'était pas visiblement altérée, mais son teint était pâle. On avait employé divers moyens, tels que des sangsues, des frictions mercurielles, iodurées, la compression, et sans qu'il survînt la moindre amélioration dans son état. C'est ce qui me décida à extirper la tumeur. Une incision verticale fut faite dans le creux de l'aisselle, et la tumeur mise à nu latéralement. C'est alors que je m'aperçus que ses racines s'étendaient jusqu'au sommet de cette

région sous le muscle petit pectoral et au-devant du faisceau vasculo-nerveux. La dissection devint lente et laborieuse, à cause des adhérences de la tumeur et du voisinage d'organes dont la lésion aurait pu entraîner de graves accidents. Le pédicule, ayant été saisi au moyen de pinces à érignes, fut attiré au dehors, et après m'être assuré qu'aucun vaisseau ou nerf se trouvait adhérent à son sommet, j'en fis l'excision avec le bistouri. Ensuite j'excisai tous les ganglions qui parurent également indurés. La plaie qui résulta de cette opération, fut très-grande, et l'indicateur, introduit dans le sommet de l'aisselle, sentit très-distinctement des battements artériels. Un sang rouge et abondant s'écoula en nappe de la cavité axillaire, sans qu'on put découvrir sa source qui parut provenir toutefois de la lésion de l'artère mammaire externe. On remplit en conséquence toute la cavité de bourdonnets de charpie chargés de colophane et qu'on eut soin de maintenir en place ou moyen de plusieurs compresses et de bandes dont les chefs passèrent au-dessus de l'épaule, de l'aisselle et de la poitrine, en exerçant une compression assez forte pour arrêter l'hémorrhagie.

Deux heures après l'opération, tout le bandage fut trempé de sang, et MM. Henrotay et Goossens, médecins de garde, jugèrent convenable de replacer un nouvel appareil plus fortement serré. Mais peu de temps après, une nouvelle hémorrhagie obligea ces deux médecins d'ôter encore une fois le bandage et ils firent des recherches pour pratiquer la ligature du vaisseau lésé. Tous leurs efforts échouèrent : le blessé perdit toujours beaucoup de sang, tomba de syncope en syncope, son pouls devint imperceptible, son visage était inondé d'une sueur froide et visqueuse, et tout fit craindre une mort prochaine.

Sur ces entrefaites, prévenu de ces accidents, je me rendis à l'hôpital où, après avoir recueilli tous les renseignements sur l'état du blessé, je jugeai que l'artère et la veine mammaires externes avaient été lésées simultanément. Je fis sur le champ laver la plaie de tous les caillots qui l'obstruaient en partie et j'introduisis jusqu'au sommet de la cavité axillaire des morceaux d'éponge chargés de colophane en faisant exercer sur ce tampon une compression directe par les doigts d'un infirmier, qui

fut relevé de temps en temps par un autre aide, de manière que la compression fut faite pendant deux fois vingt-quatre heures. Ensuite je maintins le tampon au moyen du 8 de chiffre de l'épaule sans exercer la moindre pression sur la poitrine. Huit jours après, l'appareil fut levé, et une bonne suppuration suinta de toute la surface de la plaie, qui marcha vers une prompte cicatrisation.

Cette observation présente plusieurs points de haute importance. Indépendamment des dangers qui accompagnent la dissection des tumeurs squirrheuses de l'aisselle, et dont il n'est pas toujours possible d'apprécier de prime abord la profondeur, il en est un autre bien grand aussi, et qui réclame toute la présence d'esprit de l'opérateur; je veux parler de l'hémorrhagie. En effet, il est excessivement difficile d'isoler et de disséquer autour du faisceau vasculo-nerveux les tumeurs qui lui adhèrent, surtout si elles s'étendent sous des muscles dont il importe de ménager la section. En attirant les tumeurs pour les dégager des parties profondes au moyen de pinces à érignes, leurs adhérences entraînent des tissus qui, coupés, se rétractent en haut et se cachent profondément derrière les muscles et les aponévroses. Si une artère est lésée dans cette section, on rencontre de grandes difficultés pour en pratiquer la ligature et on est obligé d'exercer une compression directe sur son ouverture béante.

D'où provenait l'hémorrhagie dont il a été fait mention plus haut? Voici une explication qui me paraît assez rationnelle.

L'artère et la veine mammaires ayant été lésées en même temps, et la compression ayant été faite dans le creux de l'aisselle et sur la poitrine, cette cavité ne pouvant plus se dilater et les poumons se dégorger du sang veineux qui y affluait, ce sang devait nécessairement refluer par la veine cave supérieure ainsi que par la veine mammaire où il rencontrait une issue à sa sortie. En cessant la compression sur la poitrine et l'aisselle, rien ne s'opposait plus à l'hémorrhagie artérielle.

Je crois que cette observation mérite d'être citée, d'abord à cause de sa rareté, ensuite parce qu'elle pourrait servir de règle de conduite, si pareille complication se présentait.

Anvers, le 16 novembre 1839.

RAPPORT

SUR UN NOUVEAU RACHITOME INVENTÉ PAR M. SCHREUDER,

Prosecteur d'anatomie à l'école de médecine de Rotterdam, lu dans la séance du 6 mars 1840 (1).

Messieurs,

Un jeune médecin plein de zèle pour la science, M. Schreuder, de Rotterdam, auteur d'un Essai sur les institutions médicales de Paris(2), convaincu de la difficulté que l'on éprouve, dans les préparations anatomiques de la moelle épinière, à ouvrir le canal vertébral et mettre à nu la moelle et ses membranes, et appréciant l'utilité qu'il y aurait tant pour l'étude de l'anatomie que pour les recherches anatomico-pathologiques et médico-légales de trouver le moyen d'applanir cet obstacle, s'est appliqué à faire confectionner un instrument, qu'il nomme *rachitome*, remplissant parfaitement ce but.

C'est cet instrument que votre rapporteur vous a présenté dans l'une des dernières séances, au nom de M. Schreuder. Nous essayerons d'en donner une courte description, en prévenant toutefois que nous ne ferons que répéter les détails qui nous ont été transmis par l'auteur et que nous avons déjà eu l'honneur de vous donner verbalement.

Le rachitome de M. Schreuder se compose des pièces suivantes :

1° Un bras ou branche d'acier terminé à l'une de ses extrémités par un manche recouvert en bois d'ébène ; l'autre extrémité, surmontée d'une espèce de carcan recouvert en bois, est aplatie et perforée de trois trous, à une distance d'un pouce et demi environ l'un de l'autre;

2° Deux plaques en acier terminées inférieurement par une scie convexe et perforées supérieurement de trois trous correspondant à ceux du bras d'acier, auquel elles sont fixées par trois écrous. Ces plaques sont recouvertes en dehors d'une plaque de bois d'ébène perforée de trois trous, disposés de manière que les plaques peuvent être remontées ou descendues à volonté suivant l'étendue qu'on veut découvrir les bords inférieurs des scies ;

3° Trois écrous servant à fixer les deux lances d'acier ou scies, et

(1) MM. Marinus, *rapporteur*, A. Uytterhoeven et Langlet, *commissaires*.

(2) *Proeve over de staat der geneeskundige weetenschappen in Frankrijk*, *door* H.-A. Schreuder. Rotterdam, 1839.

garnis à l'une des extrémités d'une petite tête de cuivre immobile ; l'autre extrémité est garnie d'une vis de cuivre mobile, que l'on peut tourner à volonté. Les lances d'acier sont éloignées ou rapprochées suivant le besoin, par six petites vis mobiles placées dans les écrous entre les scies et le bras de l'instrument ; ces vis et celles placées à l'extérieur servent à fixer solidement les lances d'acier lorsque le rachitome est monté.

On comprend l'avantage qu'il y a de pouvoir écarter et rapprocher à volonté les lances de la scie, et de mettre à nu dans une étendue limitée le bord inférieur ou scie, l'écartement devant varier dans chaque région vertébrale et l'épaisseur des lames vertébrales à diviser variant aussi suivant l'âge, le sexe, etc. Le rachitome de M. Schreuder, comme celui de M. Amussat dont il n'est qu'une imitation imparfaite et dont nous regrettons qu'il n'ait pas eu connaissance avant de faire confectionner le sien, vu sa supériorité, permet, comme ce dernier, avec moins de facilité cependant, de diviser d'un même trait de scie les lames vertébrales de chaque côté sans occasionner de secousses ni de dilacérations à la moelle épinière ou à ses membranes. Les lames des vertèbres étant divisées, on enlève facilement les parties osseuses à l'aide de tenailles ou d'une pince, et la moelle est ainsi mise à nu dans toute son étendue et conservée dans son état d'intégrité.

Nous avons l'honneur de vous proposer, messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur de cette communication, d'inscrire son nom sur le tableau des membres correspondants et de l'engager à faire part à la Société des observations qu'il serait à même de recueillir dans l'intérêt de la science.

Bruxelles, le 12 mars 1840.

—

DIE WASSERHEILKUNDE,

MIT BESONDERER BEZIEHUNG ZU DEN WASSERHEILANSTALTEN ZU ILMENAU UND ELGERSBURG IM THURINGERWALDE;

Von docteur E. OSANN.

(Vorgelesen in der Hufeland. med. chirurg. gesellschaft den 28 décembre 1838. Berlin, 1839.)

L'HYDRIATRIQUE,

EN RAPPORT PARTICULIER AVEC LES ÉTABLISSEMENTS HYDRIATRIQUES D'ILMENAU ET D'ELGERSBOURG DANS LA FORÊT DE THURINGUE;

Par le docteur E. OSANN.

(Lu à la Société médico-chirurgicale de Hufeland, en sa séance du 28 décembre 1838, Berlin, 1839) (1).

Le présent mémoire de M. le professeur Osann à Berlin, sur lequel vous nous avez chargés de vous faire un rapport dans votre séance du 3 août 1839, a été publié par son auteur dans le double but

1°. De diriger l'attention des médecins sur deux établissements hydriatriques, créés à Ilmenau et à Elgersbourg dans la forêt de Thuringue, d'après le modèle de celui du paysan Priesnitz à Graefenberg dans la Silésie autrichienne; 2° de consigner les indications et les contre indications de la méthode de Priesnitz, à l'effet d'en faire une application plus rationnelle.

M. Osann affirme que la tâche, qu'il s'est imposée, lui a paru d'autant plus nécessaire, que d'un côté la méthode de Priesnitz a été vantée avec trop d'empressement par un grand nombre de ses partisans, et que de l'autre, elle a été rejetée trop brusquement par ses adversaires.

Après avoir démontré que toutes les simples formes, sous lesquelles Priesnitz emploie l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, et qui entrent comme parties essentielles dans cette méthode, ont été appliquées séparément, déjà longtemps avant Priesnitz, M. Osann prouve que ce n'est que la fusion de ces différentes formes de l'appli-

(1) MM. Rieken, *rapporteur*, Ed. De Losen et Meisser, *commissaires*.

cation, se contredisant l'une l'autre, qui en constitue le caractère propre. Ensuite, il fait mention, en peu de mots, des différents pays, dans lesquels on a érigé de pareils établissements, en désignant ceux d'Ilmenau et d'Elgersbourg, dans la forêt de Thuringue, comme les plus recommandables de ceux qui se trouvent dans le nord de l'Allemagne.

Après avoir décrit les environs, la situation et les dispositions intérieures de ces établissements, visités par lui-même dans le courant du mois d'octobre 1838, M. Osann communique en détail la manière dont on y applique la méthode de Priesnitz, puis il en expose les effets et il finit par énumérer les indications et les contre indications de l'hydriatrique.

Ne pouvant donner ici une analyse même succincte de la brochure de M. Osann, sans la copier tout entière, nous nous bornerons à en extraire, ce qui nous a paru le plus essentiel.

D'après M. Osann le but et l'essence de l'hydriatique se réduisent aux trois objets principaux suivants : 1° A l'altération et à l'amélioration de la mixtion des parties fluides et solides;

2° A l'excitation des réactions fortes et générales, et, par suite de celles-ci, à l'augmentation des sécrétions et des excrétions, surtout à des crises salutaires par la peau, enfin;

3° L'application purement locale de l'eau froide, dirigée contre des maux locaux ou faite dans le but d'aider vigoureusement l'autre cure, a pour objet, de calmer, d'augmenter les sécrétions et les excrétions, de provoquer au moyen d'une irritation locale les réactions salutaires et d'agir ainsi d'une manière secourable ou antagonistique sur l'organe primitivement malade.

L'usage des bains à l'eau froide d'après la méthode de Priesnitz offre selon M. Osann des *contre indications* dans tous les cas.

1° Ou il existe déjà des réactions fortes générales et partielles par suite des maladies, savoir dans les fièvres et dans les inflammations aiguës;

2° Ou l'on aurait à craindre des réactions générales trop violentes à cause d'une pléthore vraie, d'une constitution apoplectique ou d'une disposition à des hémorrhagies actives et à des congestions actives au cerveau, aux poumons et aux organes centraux de la circulation;

3° Ou la sensibilité est trop augmentée d'une manière morbide, ou lorsque la faiblesse générale ou locale est trop grande pour ne pas donner lieu à la crainte, qu'il ne pourrait être provoquée par de si forts stimulus, une augmentation de l'extrême susceptibilité ou qu'ils ne pourraient même amener une surexcitation. C'est ainsi, que l'âge trop tendre et l'âge trop avancé offrent une contre-indication relative.

4° Ou il existe des maux idiopathiques développés ou seulement une faiblesse locale des organes centraux importants, surtout de ceux, situés dans les cavités thoraciques, dont la maladie ou la disparition morbide pourrait être facilement augmentée par suite d'une excitation de réactions trop brusques et accélérée dans son développement. M. Osann range dans cette catégorie la faiblesse des poumons, la disposition à l'hémoptisie ainsi que la disposition constitutionnelle à la phthisie;

5° Enfin, ou il s'est déjà développé jusqu'à un certain degré des métamorphoses organiques de tissus trop sanguins ou trop nerveux. On peut regarder comme de telles métamorphoses les maux organiques du cœur et des grands vaisseaux, les anévrysmes, les hypertrophies, les rétrécissements et les ossifications partielles, les exulcérations des poumons et de la muqueuse des voies aériennes avec ou sans tubercules ramollis, les métamorphoses d'autres organes, parvenues à un certain degré, savoir celles du foie, de la matrice et des seins.

Bien que M. Osann pense que l'application isolée de quelques formes de la méthode de Priesnitz, (comme par exemple, l'application de la douche et des bains de vagues, dont l'effet fortifiant est analogue à celui des bains de mer ou à celui de bains forts de rivière,) peut offrir beaucoup d'utilité contre la faiblesse générale ou locale des nerfs, et contre le relâchement de la peau, disposant à des affections rhumatiques et blennorrhagiques; il croit, néanmoins, que l'ensemble de cette méthode doit être employé avec beaucoup plus de réserve et d'après des indications beaucoup plus restreintes. Il est d'avis que l'on n'en doit faire usage, que comme *ultima ratio medicorum* dans les maladies les plus opiniâtres et les plus graves, lorsqu'on aura déjà essayé infructueusement les autres méthodes curatives les plus efficaces.

L'application de la méthode de Priesnitz paraît à M. Osann moins convenable et moins efficace contre les maladies du système nerveux plus élevé, comme par exemple contre beaucoup de maladies mentales, tandis qu'il pense que la forme et la nature plus matérielles de l'action de l'art de guérir avec l'eau correspondent mieux aux maladies du système nerveux végétatif. Son application convient donc mieux, d'après M. Osann, aux maladies qui résultent d'une faiblesse ou générale ou locale éréthique, torpide ou paralytique de quelques tissus nerveux, ou qui ont pour base des maux plus matériels, dépendant de desharmonies corporelles. Il regarde comme telles, les maladies qui se manifestent par l'anomalie des sécrétions et des excrétions, par l'altération vicieuse des humeurs, ou par des dyscrasies et des cachexies. Il y range donc encore les dépositions morbides ou les métamorphoses, produites par ces dernières et enfin les maux qui ont

donné lieu à des dérangements de la circulation libre et nécessaire des humeurs, et à des engorgements.

Voici les classes de maladies qui, d'après M. Osann, présentent les *indications principales* pour l'application de l'hydriatrique dans toute son étendue. Ce sont :

a.) Les maladies nerveuses chroniques, produites par une faiblesse torpide ou éréthique, la faiblesse générale des nerfs, les nombreuses nuances et formes d'hystérie, de névralgies et de paralysies, et principalement de celles qui ont tiré leur origine de métastases, de lésions mécaniques, de blessures mal guéries, etc.

b.) La faiblesse des organes de la digestion, les engorgements dans les systèmes du foie, de la veine porte et de la matrice, résultant d'une faiblesse locale torpide, et qui sont accompagnés d'une inertie du tube intestinal, les maux hémorrhoïdaux, l'hypochondrie, les anomalies de la menstruation et les blennorrhées.

c.) Les dyscrasies et les cachexies opiniâtres, les affections locales rhumatiques et gouttenses, les tumeurs des articulations, les ankyloses, les contractures, les scrofules, la syphilis secondaire et dégénérée, les dyscrasies psoriques et mercurielles, enfin, les formes les plus variées d'éruptions invétérées de la peau, résultant de dyscrasies et de cachexies enracinées.

Nous terminons ici, messieurs, l'extrait de la brochure que vous a présentée M. le professeur Osann. Quant à notre opinion sur ce travail, nous croyons de notre devoir d'avouer que nous l'avons lu avec beaucoup de satisfaction. Nous n'hésitons pas à déclarer que M. Osann nous paraît avoir rempli de la manière la plus honorable la tâche qu'il s'était imposée : savoir, de consigner avec calme et impartialité les indications et les contre-indications de la méthode de Priesnitz. Le mérite qu'il a acquis, en publiant ce mémoire, nous semble d'autant plus grand, que cette méthode est, comme vous savez, depuis quelque temps extrêmement en vogue en Allemagne, et qu'elle occupe de préférence les esprits des hommes étrangers à la science médicale. La manière outrée dont ceux-ci préconisent les cures miraculeuses produites par l'hydriatrique, devrait en effet faire craindre qu'elle ne finît par donner lieu à de nombreux abus, au grand détriment de l'humanité, si des hommes distingués par leur savoir et par l'estime qui s'attache à leur nom, ne venaient s'y opposer.

Nous sommes, du reste, bien éloignés, en émettant cette opinion, de vouloir contester le grand mérite de Priesnitz, auquel nous croyons au contraire l'humanité redevable de l'introduction de sa méthode d'appliquer la cure d'eau froide, qui ne manquera pas de figurer au rang des méthodes curatives les plus efficaces et les plus importantes, lorsqu'elle restera dans ses limites et qu'elle sera appliquée par des médecins consciencieux, capables et instruits.

Nous appuyant sur ces considérations, nous ne pouvons qu'exprimer le regret que la Belgique ne soit pas encore en possession d'un établissement hydriatrique, établi sur le plan de celui de Graefenberg, et qu'il lui manque encore un médecin qui ait étudié sur les lieux mêmes la méthode de Priesnitz.

Comme il est du devoir de la Société de diriger l'attention du gouvernement sur toutes les inventions utiles et propres à contribuer à la prospérité des habitants du pays, nous nous croyons obligés, messieurs, de vous proposer de faire traduire en français la brochure de M. Osann et de solliciter auprès du gouvernement, en lui présentant un exemplaire de cette traduction, la faveur :

1°.) D'envoyer à ses frais un médecin belge habile et assez versé dans la langue allemande, à Graefenberg, pour y étudier en détail la méthode de Priesnitz, et

2°.) De créer un établissement hydriatrique, réunissant toutes les conditions favorables à un tel établissement, savoir : une belle situation dans un endroit montagneux offrant de beaux environs, où il se trouve un air pur et vivifiant et des sources contenant en assez grande abondance une eau douce, fraîche et la plus pure possible. Bien que nous ne connaissions pas intimement les localités de la forêt des Ardennes, nous ne doutons point, qu'il ne doive s'y trouver des lieux convenables à l'érection d'un tel établissement, lequel du reste offrirait aux habitants du pays et de ses environs le grand avantage de pouvoir recourir, sans beaucoup de frais, dans des cas de maladies invétérées, graves et rebelles, à une méthode curative, que notre illustre correspondant appelle à si juste titre l'*ultima ratio medicorum.*

Bruxelles, le 1er février 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

SUR QUELQUES MALADIES DU TUBE DIGESTIF, PERFORATIONS SPONTANÉES, INVAGINATIONS, HERNIES, CORPS ÉTRANGERS, AVEC DES APPLICATIONS A LA MÉDECINE LÉGALE;

Par J.-E. PETREQUIN, D. M. P.

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, correspondant spécial de la Société royale de médecine de Paris, associé de l'Académie impériale des Sciences de Sienne, membre correspondant des Sociétés de médecine d'Anvers et de Gand, de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de Bruges, etc.

Il est peu de sujets qui présentent un intérêt plus varié que la pathologie du tube digestif considérée sous le point de vue soit de l'étiologie et de la thérapeutique (1), soit de la médecine légale, soit enfin des procédés opératoires, etc.

Aussi il en est peu de plus vastes; par là même, je dois ici le restreindre; car on ne s'attend point sans doute à ce que je fasse ici un traité *ex professo* sur les maladies du tube digestif;

(1) Dans le rapport honorable que la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, a voté dans la séance du 4 décembre 1837, sur mes recherches touchant l'*Auscultation artificielle* ou *Essai d'une nouvelle méthode pour apprendre l'auscultation*, les savants commissaires, chargés de l'examen de ce mémoire, ont émis le vœu que les hommes de l'art dirigeassent leurs vues vers des études d'étiologie et de thérapeutique, « nous dirons en terminant que nous nous plaisons à rendre hommage aux utiles travaux des médecins français entrepris dans le but de donner la plus grande somme possible de certitude au diagnostic des maladies; il nous reste encore un vœu à exprimer c'est que ces grands génies veuillent également diriger leurs vues vers l'étiologie et surtout vers le traitement. » commiss. MM. P.-N. Naeghels, J. Parigot, et A.-J. Daumerie, rapporteur (*Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* pour 1838). J'ai entendu cet appel, et c'est pour répondre à ce vœu que j'ai entrepris le travail suivant, œuvre de pratique, dont l'observation clinique fait la base et dont la tendance est toute d'application, je désire que la *Société de médecine d'Anvers* ne le trouve pas indigne de son attention.

mon titre seul me justifie, et indique suffisamment que c'est un texte sur lequel j'ai à grouper des faits divers.

Je rapporterai des cas : 1° de suffocation ou d'asphyxie traumatique ; 2° de perforations spontanées soit de l'estomac, soit du duodénum, soit de l'appendice iléo-cœcal ; 3° d'invagination; 4° enfin, de hernie ; et les questions de traitement y seront agitées à mesure. J'y indique une méthode nouvelle pour la cure des perforations spontanées des intestins; méthode qui depuis ma première publication à ce sujet, a successivement été appuyée et confirmée par M. Corbin, d'Orléans (*Gaz. méd.*, octobre 1837), le docteur Judas (*Gaz. méd.*, 1839), et a beaucoup occupé le monde médical (*Gaz. méd.*, 1837, p. 639, 813, 231; et 1838, n° 25; *Journal des conn. médic.-chir.*, septembre 1837, etc.).

Cette simple esquisse suffira pour donner une idée générale de ces recherches, et en faire comprendre l'ensemble et les détails. Ceci posé, j'entre en matière, en suivant l'ordre anatomique.

§ I. *Corps étrangers dans l'œsophage.*

L'histoire pathologique des corps étrangers dans l'œsophage (1) touche à l'une des questions de chirurgie les plus embarrassantes pour le praticien tant à cause de la gravité des accidents qui se développent avec une rapidité effrayante, que de l'imminence de la mort qu'il est parfois impossible de prévenir. Il est peu d'indications plus urgentes ; le temps presse; chaque minute, chaque seconde est souvent un emprunt sur la vie, on a à peine le loisir nécessaire pour réfléchir et agir; et la mort est arrivée qu'on n'a pas encore pu réunir les moyens de la conjurer. Voici un cas heureux où cette terminaison fâcheuse fut prévenue.

Obs. I. — *Chute dans l'œsophage et le larynx de deux corps attachés ensemble. Suffocation; cyanose; mort apparente. Guéri-*

(1) J'ai adressé à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, un mémoire où je traite des *corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres.* Ce sujet important a été négligé par la chirurgie moderne et mérite cependant de fixer l'attention, comme le prouveront, je l'espère, les diverses observations que j'ai eu à faire connaître. (Voy. le *Bulletin médical belge* et *l'Encyclographie médicale de Paris.*)

son. — Une ouvrière, âgée de 82 ans, décrépite, d'une constitution sèche et épuisée par la vieillesse et la misère, entre dans mon service le 31 janvier 1838, pour une contusion au coude gauche. Il n'y avait pas de gonflement; la malade accusait beaucoup de douleur. (Frictions avec l'huile camphrée; coton cardé.)

1er février, elle se trouve mieux; elle a grand appétit. (Quart de portion.) Le soir on vient précipitamment m'appeler, en me disant qu'elle a avalé gloutonnement une croute de pain qui lui est restée au gosier et qui l'étrangle. Je la trouve dans un état d'asphyxie imminente; il ne passe plus qu'un petit filet d'air qui pénètre avec bruit; j'examine l'arrière-gorge avec le manche d'une cuiller; je n'y découvre rien; j'explore le larynx et l'œsophage en palpant le cou, on n'y reconnaît rien. Cependant les angoisses de la malade croissent rapidement; elle ne peut plus parler; elle respire avec beaucoup de peine; on la tient assise sur son lit; on a beau lui dire de tousser, elle est sourde, et d'ailleurs elle n'a pas la force d'une expiration vigoureuse.

Je passe l'index dans l'arrière-gorge; elle résiste parce que la dyspnée en est augmentée; les restes pointus de ses dents me déchirent le doigt; arrivé au fond du gosier, je crois d'abord sentir quelque chose de mou, mais cela ne s'accorde pas avec l'existence d'une croûte de pain brusquement avalée sans avoir été mâchée. Néanmoins, j'expédie aussitôt un interne à l'*armentarium* pour y chercher des longues pinces courbes comme celles qu'on emploie pour l'extraction des polypes gutturaux.

J'essaie de nouveau d'accrocher et d'extraire le corps que j'ai cru sentir, mais je ne trouve plus rien; je palpe le larynx et l'œsophage, et je n'y sens rien. Cependant l'asphixie augmente. La face se congestionne. « Cela va mieux, » dit une sœur hospitalière, en voyant la rougeur monter aux joues. Mais je remarquai au contraire que les mains et la face passaient à l'état de cyanose; le pouls ne battait plus à l'avant-bras; la circulation s'embarrassait dans les capillaires; les mouvements du cœur étaient si faibles que je ne les sentais plus. La respiration s'abollissait; les yeux prenaient un aspect hagard et éteint. Enfin, la malade retomba sur son lit comme un cadavre.

L'interne ne revenait pas; tous mes efforts avaient été impuissants; le temps pressait; tout le monde regardait la malade comme morte. Je n'avais plus qu'une dernière ressource dans la trachéotomie. Je me disposais à regret à opérer ce cadavre, quand l'interne revint, il n'avait point trouvé de pinces courbes à polypes; il n'apportait que de grosses tenettes courbes pour l'extraction des pierres de la vessie. Néanmoins il faut se résoudre. Les mâchoires étaient serrées ; je les ouvre; je pénètre, en suivant le trajet que mon doigt avait parcouru, et je dirige l'extrémité entr'ouverte vers le point du pharynx où j'avais cru sentir un corps étranger engagé dans le larynx; je plonge, et je saisis quelque chose de mou, que je retire avec précaution : c'étaient deux gros morceaux de viande unis par un tendon que la malade avait avalés gloutonnement sans les mâcher, et dont l'une paraissait s'engager dans le larynx, tandis que l'autre s'enfonçait dans l'œsophage. Elle fit aussitôt une inspiration, et revint à elle au grand étonnement des hospitalières et des malades qui la croyaient morte. Une ou deux minutes de plus, et c'en était fait de sa vie.

Toute cette scène, qui ne laissa pas de me faire éprouver une longue série d'impressions très-pénibles, dura à peine huit à dix minutes.

2 février, la malade est bien revenue; elle se trouve en bon état; on ne lui donne que de la soupe, de peur de nouvel accident.

Je la garde encore quelque temps jusqu'à ce que son tour vienne d'entrer à l'hospice des vieillards indigents (la Charité) où elle est admise le 10 mars 1838.

J'ai émis ailleurs quelques considérations générales sur *les corps étrangers introduits dans les voies digestives;* plusieurs peuvent se rapporter au cas qui nous occupe. J'ajouterai seulement ici que, dans les circonstances analogues, il est de la plus haute importance que le chirurgien ne perde pas son sang-froid, qu'il fasse hardiment les manœuvres convenables pour l'extraction, et qu'il ne se presse pas trop de recourir à la trachéotomie, opération grave qui ajoute une maladie de plus, et qu'il sera toujours avantageux d'éviter quand les autres moyens de l'art le permettent.

§ II. *Perforations spontanées des intestins.*

Il n'est personne qui n'avoue que les perforations spontanées des intestins sont le désespoir des praticiens; leur histoire est encore peu avancée sous le rapport thérapeutique; et la plupart des moyens employés jusqu'à présent jouissent de si peu d'efficacité que l'art échoue d'ordinaire, ce qui fait qu'un auteur moderne, après en avoir donné le détail, ajoute : « Mais nous devons le dire à regret, les efforts sont vains dans la presque » totalité des cas, et le médecin ne doit presque jamais compter » sur les soins qu'il prodigue au malade. » (*Dict.* en 15 vol., 1834, XII-557.)

Ce triste pronostic n'est que trop réel; aussi les lésions intestinales de ce genre ne sont-elles aujourd'hui, pour ainsi dire, qu'une branche de la médecine légale. « L'étude des perforations » spontanées, dit M. Alphonse Devergie, intéresse particulièrement le médecin légiste; l'ensemble des symptômes auxquels elles donnent lieu, les altérations pathologiques qu'elles » laissent à leur suite, peuvent simuler l'empoisonnement, et » faire naître des soupçons qui portent atteinte à la réputation » des personnes. »

Ainsi, sous ce premier point de vue de la médecine légale, l'histoire des perforations spontanées offre une importance majeure, elle présente un intérêt non moins grand sous le rapport thérapeutique. Je commence par ce qui regarde l'estomac.

1° *Perforation spontanée de l'estomac.*

La pathologie de cette partie du tube digestif prête à des considérations spéciales, comme nous allons le démontrer.

Obs. II. — *Double ophthalmie scrofuleuse intense; guérison. Plus tard, double pleuro-pneumonie; guérison. Enfin, arachnitis sur-aiguë. Mort. Perforation spontanée de l'estomac.* — Antoine Jolivet, âgé de 21 ans, d'une constitution robuste et athlétique, d'un tempérament lymphatico-sanguin, né à Chauffailles (Saône-et-Loire), et habitant près de Charoles, où il est garçon commissionnaire pour les bouchers, vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en

septembre 1837, pour une tache de la cornée de l'œil gauche. M. Bajard le traita par la cautérisation avec le nitrate d'argent et l'usage de la pommade de Schérer. Après deux mois de traitement, il sortit guéri.

Le 25 décembre, une nouvelle ophthalmie se déclare sans cause connue; le médecin de son village lui fait mettre quatre sangsues sous la paupière inférieure, et lui prescrit l'usage journalier de la pommade de Schérer. Le malade ne change rien à son régime habituel, et vaque à ses occupations ordinaires.

Le 28 janvier 1838, il entre pour la deuxième fois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il est admis dans mon service, je constate l'état suivant : vive douleur dans les deux yeux; blepharospasme; photophobie intense à la moindre clarté; larmoiement; écoulement muqueux; tuméfaction des paupières. — L'œil droit est fortement enflammé; la cornée commence à être opaque et à se vascularisèr.—L'œil gauche est beaucoup plus malade; il roule rapidement dans l'orbite dès qu'on cherche à l'examiner; il y a une conjonctivite chronique, passée à l'état aigu; la cornée est trouble et vasculaire; il existe un petit abcès entre ses lames. On distingue un peu l'iris qui est contracté et grisâtre, et qui commence à s'enflammer. La vue est presque nulle pour le malade. L'interne crut que l'œil était perdu; fièvre intense. (Saignée de vingt onces; frictions mercurielles sur le front et les tempes; instillation de quelques gouttes d'un collyre avec 2 gr. de nitrate d'argent, et 6 gouttes d'extrait de belladone pour iv℥ d'eau de rose. Diète absolue.)

29, beaucoup moins de douleur; le soir, la rougeur et la photophobie ont beaucoup diminué; la cornée est moins trouble; l'amendement est étonnant. (Petit lait tamariné; potion purgative avec ℥iß de sulfate de soude; collyre et frictions idem; diète.)

30, l'œil gauche va très-bien, le droit est guéri; l'élève interne en est tout étonné.

Le soir, le malade est fatigué; la respiration est fréquente et difficile; la peau chaude, le pouls fébrile; il y a soif inextinguible. (Saignée de 8 onces; pot. calmante.)

31, le malade a déliré toute la nuit; il y a affaiblissement de

l'ouïe et de la mémoire, et diminution de la sensibilité de la peau de tout le corps; il faut le pincer fort pour qu'il le sente. Il y a résolution des membres, pouls fréquent, peau chaude, soif ardente. (Vésicatoire à la jambe gauche.)

Le soir, il n'y a plus de délire; il répond aux questions; les symptômes ont en grande partie disparu; le malade accuse une douleur très-vive au côté gauche du thorax; il ne peut supporter la percussion; râle crépitant; toux, pas d'expectoration; dyspnée très-forte. Fièvre. (15 sangsues sur le point douloureux; tis. de tilleul et de violet.; pot. calmante.)

1er février, il dit se trouver bien; le point pleurétique et la dyspnée ont disparu; l'ophthalmie est guérie; l'œil gauche est encore sensible à la lumière, et présente sur la cornée une tache peu épaisse. (Frictions mercurielles; instillation du collyre.)

2, le point pleurétique se fait sentir de nouveau; le malade se découvre continuellement; dyspnée; toux, soif vive; fièvre. (20 sangsues sur le point douloureux.)

3, mieux manifeste du côté de la poitrine; la tête est embarrassée, la langue sèche et couverte de mucosités brunes, la soif vive; il y a quelques douleurs dans l'abdomen; il ne va pas du ventre depuis plusieurs jours. (Lavem. avec 2 onces d'huile de ricin; 2 pintes de tisane.)

4, retour de la dyspnée et du point pleurétique; toux, crachats rouillés, expectoration difficile; prostration physique; hébétude de l'intelligence. (Vésicatoire au bras.)

5, la dyspnée est moindre, l'expectoration plus facile, la toux plus rare; les forces musculaires reviennent; amélioration.

6, persistance du point pleurétique. (Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.)

Le soir, point dyspnéique de pleurésie à droite. (15 sangsues.)

7, amélioration du côté du thorax.

8, recrudescence du point pleurétique à droite; râle crépitant. (Vésicatoire sur la poitrine.)

Une amélioration rapide se manifeste; les forces reviennent, l'appétit aussi; je lui donne la soupe, et plus tard le quart de portion qu'il mange avec plaisir.

13, il se plaint d'une douleur à l'isthme du gosier et au pha-

rynx qui gêne la déglutition. (Gargarisme émollient.) Il va de mieux en mieux.

16, je le trouve, le matin, avec des phénomènes graves du côté du cerveau ; il a déliré et crié toute la nuit ; il y a prostration complète; céphalalgie vive; langue rouge et aride, soif intense, pouls fort et fréquent, chaleur âcre de la peau, perte complète de l'appétit. (Lavem. purgatif.)

Le soir à 7 heures, délire et râle trachéal. (Moutarde aux deux avant-bras; vésicatoire au bras droit.)

17, coma; rigidité des membres; mouvements et cris convulsifs; aphonie. (Lavem. purgatif; vésicatoire à une jambe.)

18, résolution complète des membres; agonie; mort dans la matinée.

Autopsie le 19.

Les yeux sont en bon état; — il y a une inflammation générale de la pie-mère et de l'arachnoïde; on trouve une infiltration purulente de la pie-mère jusque dans les circonvolutions, tant à la surface du cerveau qu'à celle du cervelet. La superficie cérébrale est congestionnée, et ramollie en divers points. Les ventricules latéraux contiennent une sérosité sanguinolente et trouble; il y a ramollissement de leur membrane interne et de la voûte à trois piliers.

Le poumon droit est revenu à l'état normal; il y a seulement quelques adhérences. Le gauche est encore engoué en dehors et sur les côtés, surtout dans son lobe inférieur. Les adhérences sont plus considérables qu'à droite.

On trouve une rougeur avec exulcération du voile du palais et de la muqueuse de l'arrière-gorge, jusque dans le larynx. Il y avait eu perte de la voix dans les derniers jours.

L'estomac est enflammé dans plusieurs points; il y présente une rougeur brune, ponctuée, et parfois disposée en plaques; la muqueuse y est épaisse et ramollie; enfin, vers le petit cul-de-sac existe une large perforation. On trouve dans l'abdomen un épanchement d'une substance liquide noirâtre, avec quelques lunes de bouillon gras, on ne découvre, du reste, aucun symptôme manifeste d'inflammation du péritoine.

Seulement la partie de la face concave du foie en rapport avec

la perforation de l'estomac est dépolie et privée de sa membrane; elle est devenue rugueuse, et piquetée de points noirs dus à des congestions de vaisseaux capillaires comme exulcérés.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport; elle touche à une question palpitante de physiologie et de médecine légale, à savoir la puissance de l'action dissolvante du suc gastrique sur les membranes de l'estomac. On a nié qu'un pareil effet pût se produire et l'on a oublié que dans une foule de circonstances les lois vitales éteintes n'étaient plus là pour s'opposer aux forces chimiques. On a alors une grande tendance à regarder comme un progrès de l'inflammation durant la vie, ou à attribuer à un empoisonnement, ce qui n'est qu'un résultat cadavérique et une suite naturelle du contact d'un menstrue actif sur des tissus qui, ayant perdu leur vitalité, retombent dans le domaine des lois physiques. J'ai voulu savoir directement ce qu'il fallait croire de ce mode de perforation et je me suis livré à quelques expériences à cet égard; en voici une qui pourra jeter quelque lumière sur ce sujet important.

Obs. III. — *Perforation spontanée de l'estomac, survenue après la mort par la seule force dissolvante du suc gastrique.* — En 1833, je pris un jeune lapin, bien portant; après l'avoir fait jeûner pendant un jour, je lui donnai largement à manger; une heure après, je le tuai; je le pendis ensuite par les pattes de derrière dans une chambre chauffée à 16 ou 18° par un poële de fonte. Vingt-quatre heures après sa mort, j'en fis l'ouverture; il y avait une perforation du grand cul-de-sac de l'estomac; elle présentait cela de remarquable qu'elle se trouvait précisément dans le point déclive, c'est-à-dire, dans celui où le suc gastrique s'était réuni en collection par son propre poids; la membrane interne était ramollie et comme dissoute, et cela dans une étendue plus grande que la membrane moyenne; l'externe ou la séreuse offrait une perforation d'environ dix lignes de diamètre, à bords inégaux et comme frangés. Il y avait un commencement d'épanchement dans l'abdomen.

Que la perforation soit ici survenue après la mort et par la seule force dissolvante du suc gastrique, c'est ce qui ne saurait faire un doute; je ne trouvai aucune trace d'inflammation ni dans

l'estomac ni dans le péritoine. Cette expérience curieuse confirme et explique quelques faits rares que possède la science.

Dans l'observation II, si la perforation ne fut point un phénomène purement cadavérique, elle dut au moins survenir dans les derniers moments de la vie, puisque, malgré l'épanchement, il n'y avait aucune trace de réaction inflammatoire dans le péritoine.

Ce premier point de physiologie et de médecine légale éclairci, je passe à d'autres considérations de pathologie qui paraissent avoir échappé aux auteurs; c'est que par suite de la disposition anatomique de l'estomac dont les parois correspondent, dans une grande étendue, à des viscères auxquels il est en quelque sorte invariablement accolé, les perforations qui s'y développent ne sont point, dans beaucoup de cas, accompagnées d'épanchement; cela me paraît tenir à ce que, enchassé qu'il est au milieu des organes abdominaux, il s'unit par inflammation adhésive aux viscères contigus dont le parenchyme lui fournit plus tard des parois accidentelles; il est à remarquer, en effet, que les perforations suivies d'épanchement, ont pour la plupart été trouvées à la paroi antérieure ou vers la grande courbure qui seules jouissent d'une mobilité considérable.

Ainsi dans sept cas de perforation cités par Abercrombie dans son mémoire sur l'*Inflammation et l'ulcération de l'estomac* (*Journ. de méd. et de chir.* d'Édimbourg, 1824), l'ulcère existait trois fois à la petite courbure ou à la face postérieure et supérieure; et il n'y avait pas d'épanchement; l'ulcère fut oblitéré deux fois par le foie, et une fois par le diaphragme. Dans les quatre autres cas avec épanchement, l'ulcère fut trouvé deux fois à la face antérieure, une à la postérieure et inférieure, et une au cardia. Dans l'observation de M. Rullier (*Archives gén. de méd.*, t. 2), la perforation, qui s'accompagna d'épanchement, siégeait à la face antérieure. Une double preuve est réunie chez un seul sujet observé par M. Andral (*Clin. méd.*, t. 2), et porteur de deux perforations, l'une en arrière oblitérée par le pancréas, l'autre en avant avec épanchement. Enfin, M. Forget cite aussi un fait confirmatif de notre opinion (*Gaz. méd.*, 1837, p. 227), l'ulcère perforant de l'estomac était fermé par le foie.

2° *Perforation spontanée du duodénum.*

De toutes les parties du tube digestif, le duodénum est peut-être celle dont la perforation a été le moins souvent observée. Le diagnostic est ici d'une difficulté plus grande encore que pour l'estomac. L'observation suivante me semble offrir beaucoup d'intérêt parce qu'elle a trait à une maladie dont l'histoire est encore incomplète, je veux parler de la duodénite.

M. Forget n'a découvert dans les annales de la science, que deux faits de perforation spontanée du duodénum (*Gaz. méd.*, 1837, n° 15) : 1° l'un, emprunté à Abercrombie, relatif à un homme de 36 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, qui fut pris tout à coup de vomissements et de coliques atroces regardées comme un iléus et traitées comme telles (on remarquera l'erreur de diagnostic); mort après dix-huit heures; à la nécropsie, perforation à la partie inférieure du duodénum (*Journ. de méd. et de chir.* d'Édimbourg, 1824); — 2° le second, publié par M. Robert, est relatif à un jeune homme de 17 ans, affecté depuis plusieurs mois d'accidents gastro-intestinaux peu graves en apparence, pris tout à coup de douleurs abdominales atroces, attribuées par un médecin à une indigestion (autre erreur de diagnostic); mort après vingt heures. A la nécropsie, épanchement avec péritonite sur-aiguë, par perforation du duodénum près du pylore, de quatre lignes de diamètre; les deux tuniques internes de l'intestin étaient coupées à pic jusqu'à la séreuse qui en formait le fond et présentait elle-même une ouverture d'une ligne de diamètre (*Nouvelle Biblioth. méd.*, juin 1828).

M. Forget ajoute deux nouveaux cas, le premier observé chez un tisserand, âgé de 69 ans, regardé comme atteint d'indigestion (nouvelle erreur de diagnostic), mort le troisième jour, et offrant une perforation près du pylore (*Gaz. méd.*, 15 avril 1837); le second, chez un écrivain, âgé de 30 ans, ivrogne, regardé comme victime d'une mort par inanition à la suite d'un accès de folie (autre erreur de diagnostic), et mort le deuxième jour, avec une perforation à trois pouces au-dessus du conduit cholédoque (*Arch. méd. de Strasbourg*, août 1836).

Ainsi la science est peu riche et peu avancée sous le rapport de la lésion qui nous occupe.

Obs. IV. — *Crises subites de coliques intenses ; soupçons d'empoisonnement ; péritonite sur-aiguë; mort. Perforation spontanée du duodénum.* — Un ouvrier en soie, âgé de 32 ans, qui depuis quelques jours s'était fait garçon d'auberge pendant une fête baladoire, est apporté mourant à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 24 septembre 1834.

Il a la figure décomposée, le nez effilé, les traits grippés et la peau de la face bleuâtre et terreuse; le corps est couvert d'une sueur froide; le ventre est horriblement douloureux; il est tendu et dur comme une plaque de métal; les urines sont supprimées. Le malade est dans un état de faiblesse, de dyspnée et d'angoisses extrêmes ; il conserve ses facultés intellectuelles. On ne sent plus le pouls à l'avant-bras, il faut aller le chercher à l'artère humérale; il est petit et filiforme; les extrémités sont déjà froides.

Quoique ce fût là un état désespéré, on prescrivit des cataplasmes narcotiques, un demi-lavement huileux, une potion calmante, de l'orangeade par gorgée, et l'application de 30 sangsues autour de l'abdomen.

Ceux qui l'apportaient racontèrent que dans la journée du 21, il avait été pris tout à coup de violentes coliques qui le renversèrent par terre; il se tordait tant elles étaient déchirantes. En peu de temps la physionomie présenta une altération profonde; il eut beaucoup de nausées, et quelques vomissements; on lui fit prendre du thé et du café, ce qui ne servit qu'à aggraver l'état de malaise où il se trouvait; le ventre, siége de cruelles souffrances, enfla rapidement, et devint de plus en plus douloureux, jusqu'au moment où il fut amené à l'hôpital, et où une péritonite sur-aiguë présageait une mort prochaine. Tous s'accordaient à dire qu'il avait été empoisonné; un médecin, appelé le 23, ne s'était pas prononcé, ce qui ne fit qu'entretenir les soupçons.

En effet, l'ensemble des symptômes aurait pu conduire à une semblable idée; il faut avouer que rien ne simulait mieux un empoisonnement. Était-ce une simple perforation ? en pareille occurence, on ne saurait s'entourer de trop de documents. Sachant

combien les circonstances commémoratives pourraient être utiles à connaître, j'envoyai de suite l'élève externe prendre des informations exactes sur les lieux et dans la famille du malade.

Voici quel fut le résultat de ces recherches; elles n'étaient pas favorables à l'idée d'un empoisonnement.

Huit ans auparavant, cet homme avait eu une maladie qui le força de s'aliter pendant trois semaines, et qui me parut avoir consisté en une irritation gastro-intestinale : il y avait des nausées, des maux de ventre et d'estomac; les digestions restèrent pénibles pendant quelque temps.

Depuis cette époque, il se plaignait de temps à autre d'éprouver un malaise inaccoutumé du côté du ventre, et avait parfois des douleurs à l'épigastre et des renvois aigres; il éprouva même quelquefois des vomissements bilieux d'une grande amertume; jamais, du reste, il n'eut la jaunisse.

En 1832, il travailla, pendant cinq mois, aux fortifications qu'on commençait à élever autour de Lyon; souvent il avait les pieds dans l'eau pour creuser les fossés; c'était un travail forcé eu égard à celui qui l'occupait habituellement; il eut plusieurs fois alors des maux de ventre, et il ne cessa de se plaindre de temps à autre que le rouleau de son métier lui faisait mal à l'estomac. C'était, du reste, un homme qui hantait les cabarets et s'enivrait par intervalles.

Le 7 septembre 1834, à l'occasion d'une fête baladoire du pays, il se fit garçon d'auberge; il se prit à manger considérablement, et à boire à l'avenant, c'est-à-dire, beaucoup plus qu'il n'avait coutume de le faire. Il lui arriva alors de se plaindre à plusieurs reprises de coliques assez vives; et chaque fois, suivant le conseil de ses camarades, il buvait un petit verre d'eau-de-vie afin de les faire passer.

Enfin le 21, il fut pris tout à coup des symptômes graves que j'ai décrits.

Trois heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu, il était mort. On n'eut pas le temps d'appliquer les sangsues.

Les renseignements circonstanciés que j'avais recueillis détournaient de l'idée d'une action toxique; mais le médecin seul pouvait les apprécier; et ces malaises qui peuvent être pour

l'homme de l'art un indice assez certain de la nature de la maladie, sont impuissants pour expliquer aux yeux des gens du monde ces phénomènes d'instantanéité qu'on est toujours porté à rattacher à un empoisonnement. En effet, si alors les parents du mort ne disaient plus qu'il avait été victime d'un homicide, ils pensaient qu'il avait bien pu s'empoisonner involontairement lui-même, en mangeant, comme il avait fait, dans des vases de cuivre mal étamés. Aussi, dans tous les cas, l'ouverture attentive du corps était indispensable pour éloigner et détruire les soupçons.

Je fis faire la nécropsie, 23 heures après la mort, en présence de MM. Rougier et Dupasquier, médecins de l'Hôtel-Dieu.

Crâne. — Il n'y a aucune altération sensible dans la substance du cerveau; il y a seulement un peu de sérosité rougeâtre dans les deux ventricules latéraux. Les vaisseaux extérieurs ne paraissent pas engorgés; il s'écoule une assez grande quantité de sang pendant qu'on enlève l'encéphale.

Thorax. — Le cœur est sain; les poumons sont un peu engoués, mais crépitants; ils surnagent dans l'expérience de la docimasie pulmonaire. Il y a à gauche quelques adhérences d'ancienne date.

Abdomen. — Les parois du ventre sont tendues, sans ballonnement, excessivement dures, et sonores à la percussion. En disséquant avec soin, je parvins à isoler le péritoine abdominal, qui était épaissi, opaque presque partout, sillonné de vaisseaux sanguins, et semé en plusieurs points de rougeurs par plaques. La cavité péritonéale renfermait plus de deux litres d'un liquide jaune, assez semblable à de la moutarde délayée dans de l'eau.

Je crus avoir ouvert l'estomac; il n'en était rien. Il contenait une matière analogue; mais lavé et essuyé, il ne présenta aucune déchirure; il y avait quelques plaques rouges vers le grand cul de sac où la muqueuse se trouvait ramollie et s'enlevait assez facilement sous l'ongle.

Le duodénum n'était pas non plus enflammé, sauf dans un seul point, où existait une petite ulcération qui en avait corrodé les parois; les bords en étaient durs, épais, rougeâtres, taillés en forme d'entonnoir; c'était par là que le liquide avait passé

pour s'épancher dans le péritoine. Cette perforation se trouvait à environ 20 lignes du pylore; entre ces deux points on remarquait une autre place où la muqueuse était déjà altérée.

Le reste des intestins ne présenta rien de morbide à l'intérieur.

Toute la surface péritonéale du tube digestif était brunâtre, recouverte çà et là de petites plaques de fausses membranes récentes; tiraillé, le tissu intestinal se déchirait plus aisément que d'habitude.

Comme l'analyse des matières devait lever le dernier doute, s'il en était resté, j'eus soin de recueillir le liquide; j'y laissai pendant 24 heures une lame de couteau fraîchement aiguisée dans ce but; il ne s'y déposa pas une seule parcelle de cuivre. Je crus inutile de recourir aux autres réactifs des sels cuivreux, tels que les hydrosulfates solubles et l'hydrocyanate ferruré de potasse qu'on fait agir sur le liquide filtré et décoloré avec du charbon animal.

Il me fut démontré par une dissection attentive que la perforation était ici le résultat d'une inflammation chronique du duodénum qui avait amené l'érosion successive des trois membranes de l'intestin; c'est donc un exemple tranché de *duodénite* isolée et distincte, à ajouter aux faits de ce genre assez rares que possède la science; et quand cette observation n'offrirait pas d'autre intérêt, elle serait encore fort utile; elle pourra fournir quelques lumières pour l'histoire fort incomplète encore de cette maladie, malgré les recherches de M. Casimir Broussais (*Sur la duodénite chronique*, Paris, 1829.)

Cette observation, où des désordres antérieurs ont été notés, est contraire à l'opinion d'Ébermaier de Dusseldorf (*Rust's magazin*, tom. 26) qui prétend que les perforations dites spontanées ont une marche latente, presque indolore si ce n'est dans les derniers temps; que dans aucun cas on ne trouve des traces d'inflammation véritable ou d'ulcération, les points ambiants étant sains et plutôt pâles que rouges; qu'enfin elles ne résultent pas d'une phlegmasie chronique, comme le professe Abercrombie et les pathologistes français, non plus que d'un ramollissement, comme l'a décrit le docteur Henke. Mais nous reconnaî-

trons avec Ebermaier qu'elles peuvent s'effectuer sans cachexie notable, que souvent leur terminaison funeste ne saurait être prévue, qu'elles ont d'ordinaire une forme arrondie et comme faite avec un emporte-pièce, et qu'elles ne résultent point d'un spasme accidentel, comme le voulait Desgranges de Lyon. Elles s'opèrent par des mécanismes différents, sous l'influence de causes diverses; mais on ne saurait y voir un acte tout particulier, ni étranger aux procédés ordinaires de la nature pour détruire et perforer nos organes (*Archiv. de méd.*, déc. 1836.)

3° *Perforation spontanée de l'appendice iléo-cœcal.*

Ce genre de lésion n'est point aussi rare qu'on serait tenté de le croire d'après le silence de nos livres classiques. M. Corbin, d'Orléans, a confirmé la pensée que j'émets (*Gaz. méd.*, 7 octobre 1837). J'en trouve une preuve convaincante dans les recherches récentes de M. John Burne : *Sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cœcum et de l'appendice vermiforme* (*Gaz méd.*, 1838, n° 25 et 26). Un reproche grave qu'on peut adresser au médecin anglais, c'est de ne parler que de ce qui s'est fait dans son île, et d'ignorer complètement les observateurs du continent. La science marche peu avec de pareils procédés.

L'observation suivante est remarquable surtout parce qu'elle s'est terminée par la guérison :

Obs. V.—*Perforation spontanée de l'appendice iléo-cœcal; abcès fémoro-iliaque; guérison.* — Une ouvrière, âgée de 32 ans, d'une constitution assez forte, bien réglée, mère de deux enfants, dont le plus jeune avait 2 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 5 avril 1835.

Le 3 avril, elle avait été prise de coliques et de douleurs dans la région iliaque droite avec perte de sommeil.

4, les douleurs devinrent plus intenses; elle ne put vaquer à ses occupations, rentra chez elle et s'alita; elle eut des vomissements bilieux, et un mouvement de fièvre.

État du 6 : décubitus dorsal; expression d'abattement physique et moral; céphalalgie intense, insomnie complète; langue

humide et jaunâtre; point de nausées ni de vomissements; borborygme; ventre assez souple; douleurs dans la fosse iliaque droite; où l'on sent une rénittence obscure, et une sorte de saillie obronde du volume d'un œuf; douloureuse à la pression; selles supprimées depuis 3 jours, respiration gênée par la douleur abdominale qui s'exaspère subitement pendant qu'on examine la malade : chaleur médiocre; 104 pulsations. (Saignées; 30 sangsues loco dolenti; grand bain; cataplasmes émollients; huile de ricin à prendre par cuillerées à café d'heure en heure, pour évacuer doucement les matières qui peuvent se trouver dans le gros intestin; diète.)

7, quatre selles liquides ont eu lieu avec un soulagement marqué.

8, amélioration prononcée; légère intumescence au-dessus de l'épine iliaque droite, l'amélioration est progressive, et tout fait espérer une convalescence complète.

21 avril, au soir, dans les efforts de la défécation, le ventre redevient brusquement le siége de nouvelles douleurs qui augmentent rapidement avec faiblesse; diarrhée, insomnie.

22, visage pâle, froid, grippé; traits altérés; faiblesse extrême; douleurs abdominales que la moindre pression augmente; nausées; vomissements; pouls misérable, peu accéléré; aucun écart de régime n'a eu lieu. (12 pilules d'un grain d'opium chaque, à prendre d'heure en heure, jusqu'à ce qu'il y ait sommeil ou cessation des douleurs; quatre livres de glace dont la malade sucera de temps en temps un morceau; repos absolu; du reste ni boissons, ni lavements.)

23, douleurs moins vives; un peu de somnolence; la rougeur de la face et la plénitude du pouls qui s'est relevé, annoncent un commencement de narcotisme. (15 pilules.)

24, sommeil un peu agité; la malade a essayé de sortir de son lit, ce qui a renouvelé les douleurs, néanmoins il y a un mieux réel; point de nausées; selles minimes. (24 pilules d'opium; 6 livres de glace à prendre peu à peu de manière que chaque morceau s'absorbe dans la bouche ou l'œsophage, et qu'il en descende peu ou point jusque dans l'estomac.)

25, les 24 pilules ont été prises; sommeil tranquille; phy-

sionomie naturelle; pouls normal; 80 pulsations; douleur abdominale moindre; soif. (30 pilules d'opium, dont on ne prescrit plus que 25 le lendemain; 8 livres de glace, une demi-pinte de solution de sirop de gomme.)

27, assoupissement; douleur obscure; la malade qui depuis sept jours n'est pas allée à la selle commence à en être fatiguée. (On ne prescrit plus que 20 pilules.)

28, emploi d'un suppositoire avec le beurre de cacao. (On descend à 15 pilules.)

29, mine bonne, mais pas de selles; le ventre se ballonne, et redevient douloureux. (8 pilules d'opium; suppositoire en savon; demi-lavement émollient : une tasse de lait; solution de sirop de gomme.)

30, même état. (Demi-lavement avec la décoction de séné et une demi-once d'huile de ricin.)

Le 1er mai, une évacuation considérable a eu lieu sans issue de matières fécales; la douleur et le ballonnement du ventre ont diminué de moitié; la face n'est plus rouge. (Suppression de l'opium; deux tasses de lait.)

2, trois selles molles et beaucoup de vents; appétit; ventre mou; urines assez bien; quelques douleurs dans la cuisse; peu de sommeil, ce que M. Chomel attribue à la suppression de l'opium. (Demi-lavement émollient.)

5 mai, on trouve à droite près de l'ischion une tumeur rénitente, circonscrite et douloureuse, pendant les inspirations, douleurs dans la fosse iliaque. (Trois tasses de lait; bouillie légère.)

7, ventre toujours douloureux au-dessous de l'ombilic; pas de selles. (Lavements émollients; orge miellée; on continue la bouillie.)

8 et 9, la tumeur de la cuisse est douloureuse; la fluctuation s'y manifeste, les selles deviennent faciles; la sensibilité morbide du ventre diminue; point de céphalalgie, sommeil meilleur. (Quart de portion.)

12 mai, trente-neuvième jour depuis l'invasion de la maladie et vingt-deuxième depuis la rechute, la malade qui se sent très-bien, qui se promène, ne souffre plus et mange la demi-portion

depuis deux jours, demande à sortir malgré son abcès à la cuisse, qui n'a pas dû tarder à s'ouvrir (*Gaz. méd.*, 1837, n° 28.)

Cette observation me paraît digne de fixer l'attention sous plus d'un rapport, la maladie semble avoir débuté par l'inflammation cellulaire qui avoisine le cœcum; MM. Husson et Dance ont les premiers décrit cette phlegmasie (*Répert. d'anat. et de physiol.*, t. IV, 1827) qui n'a pas été sans influence sur la terminaison du cas dont je m'occupe; dans les symptômes du 22 avril, nous trouvons brusquement tous les signes d'une perforation intestinale; nous en pouvons même suivre les effets; après cette exacerbation subite avec altération des traits, prostration, petitesse du pouls et douleurs cœcales, nous voyons survenir une intumescence de la fosse iliaque droite, et apparaître au douzième jour une tumeur à la cuisse, qui devient bientôt fluctuante. N'est-ce pas là un abcès formé par suite d'un épanchement circonscrit, et qui aura cherché à se faire jour au dehors? et, qu'il n'a pas eu ici à subir l'influence de la direction des mouvements musculaires; le repos absolu et le décubitus dorsal ne lui ont permis d'obéir qu'à son propre poids, et il s'est frayé une route en descendant sur les côtés du bassin jusqu'au niveau de l'échancrure sciatique.

Mais où siégeait cette perforation? je présume, avec M. Chomel, qu'elle portait sur l'appendice iléo-cœcale; elle avait tous les caractères qu'on lui assigne (1), et qu'on avait précédemment observés sur un jeune homme de 19 ans, mort le 15 décembre 1834 (2) dans le même service : « L'autopsie montre que la valvule iléo-cœcale, d'une couleur grisâtre, était le siége

(1) Voici les symptômes que lui attribue M. Louyer-Willermay. « Douleur circonscrite dans la fosse iliaque droite ; nausées ; vomissements ; bientôt douleur abdominale plus étendue ; presque toujours marche rapide ; constamment et en quelque sorte inévitablement terminaison funeste. » (*Gazette médicale*, du 13 février 1835), à part ce dernier caractère qui a manqué ici, heureusement pour notre malade, les autres étaient plus tranchés et en plus grand nombre.

(2) Ce fait a été rapporté en détail par M. Boyen, dans la *Gazette médicale* du 27 décembre 1834 ; voyez aussi la thèse de mon collègue le docteur Martial Piérou, sur les *perforations spontanées des intestins*, 15 juin 1835.

d'une perforation à la base, qui résultait de la chute d'une eschare; la cavité de l'appendice renfermait une petite concrétion brunâtre, formée par un calcul biliaire. » A en juger par la terminaison heureuse de l'observation que je rapporte, l'épanchement ne fut pas considérable dans ce cas, et la perforation dut être de peu d'étendue, ce qui s'accorde parfaitement avec la petitesse de cet organe; la fixité des douleurs et la tuméfaction circonscrite conduisent à localiser le point malade. Les faits de ce genre sont d'une trop haute importance pratique pour que je ne cite pas le suivant.

Obs. VI.—Je tiens cette observation de feu M. Alphonse Bert, élève des hôpitaux de Paris, attaché au service de l'Hôtel-Dieu, à l'époque de la publication de mes recherches sur l'*emploi de l'opium à haute dose dans les perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcal* (*Gaz. méd.*, 15 juillet 1837). Un homme fut admis dans le service de M. Piédagnel avec les circonstances morbides du cas précédent. Il offrit tous les symptômes des perforations spontanées du tube digestif; il fut traité par l'emploi de l'opium à haute dose, combiné avec d'autres moyens accessoires. Cette médication rationnelle fut couronnée de succès. Après quelques alternatives, une terminaison heureuse s'ensuivit. Le malade dut sa guérison à la méthode que je propose.

C'est une question grave que nous allons discuter avec tout le soin qu'elle mérite.

4° *Traitement des perforations spontanées.*

Il s'agit de l'emploi de l'opium à haute dose. Quelques médecins, qui n'ont vu là qu'un moyen empirique en ont paru effrayés. La théorie et l'expérience se sont accordées à justifier cette méthode rationnelle; elle a frappé l'attention de quelques praticiens; M. Corbin d'Orléans, écrivait récemment : « J'ai lu avec intérêt dans la *Gazette médicale* du 15 juillet dernier, un article de M. Pétrequin sur l'emploi de l'opium dans les perforations de l'appendice cœcal. Ce moyen me paraît bon. » (*Gaz. méd.*, 7 oct. 1837.) Le *Journal des connaissances médico-chirur-*

gicales a porté un jugement semblable (1) sur l'esprit du mémoire (sept. 1837). La discussion suivante finira, je pense, de lever toutes les craintes.

Ce qu'on a le plus à redouter dans les perforations spontanées des intestins, c'est l'inflammation sur-aiguë de la séreuse abdominale; or, il y a déjà douze ans, le docteur Graves de Dublin, obtint les plus heureux effets de l'emploi des opiacés dans le traitement de deux cas de péritonite excessivement intense, développée à la suite de la paracentèse. Les deux sujets, qui avaient été très-affaiblis, furent traités par l'opium à doses élevées, et guérirent sans que l'on eût tiré une seule goutte de sang. (*Gaz. méd.*, du 14 mars 1835.) Dans un troisième cas de péritonite, due à la rupture d'un abcès du foie dans le ventre; le même auteur, grâce à de très-fortes doses d'opium et à des vésicatoires pansés avec la morphine, vit les symptômes de la phlegmasie disparaître complétement en peu de jours, sans aucune émission sanguine; la malade succomba plus tard aux progrès de la maladie du foie; et l'autopsie confirma le diagnostic que M. Graves avait porté. (*Ibid.*, p. 167.) M. Stockes, de Dublin, a publié également l'histoire d'une péritonite sur-aiguë, survenue après une purgation violente, et qu'il guérit en donnant un grain d'opium par heure, avec la précaution de diminuer la dose les jours suivants, jusqu'au dixième, époque où la convalescence était complétement établie. Le malade avait pris, sans accident, 184 grains d'opium. Dans un cinquième cas relatif à une perforation du cœcum survenue au dixième jour d'une entérite chez un enfant de douze ans, M. Stockes avait obtenu avec le laudanum la disparition des symptômes de la péritonite, lorsque le cinquième jour on donna un purgatif qui ramena tous les accidents et détermina rapidement la mort. (*Gaz. méd.*, 1835, n° 11.) Enfin, dans un cas de perforation survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant de cinq ans, M. Griffin de Limerick, administra avec succès un grain d'opium et quatre gouttes d'extrait de jusquiame par jour; au bout d'une semaine la convalescence était assurée; avec de petites doses d'huile de ricin

(1) Le docteur Judas a exprimé la même opinion, (*Gazette médicale*, 1839).

d'abord, et de calomel ensuite, il fut facile d'obtenir des garde-robes. (*Gaz. méd.*, 1835, n° 12, page 184.) J'ajouterai que récemment M. Constant a publié l'histoire d'une phthisique de quinze ans chez qui, un pneumo-thorax s'étant déclaré par suite de la rupture d'une caverne dans la cavité pleurale, l'emploi du sirop diacode à hautes doses amena une guérison inespérée (*Gaz. méd.*, 5 sept. 1835), etc. Le rapprochement de tous ces faits inspire une certaine confiance en faveur du moyen thérapeutique dont je parle.

Il faut d'ailleurs savoir que toute perforation ne détermine pas nécessairement un épanchement; les matières pouvant être empêchées de passer dans la cavité du péritoine par des adhérences formées entre les deux feuillets de cette membrane dans le point correspondant; tantôt la séreuse contiguë constitue la base d'un ulcère avec lequel elle n'avait aucun rapport dans l'origine; tantôt une péritonite partielle par des adhérences rapides, met obstacle à un épanchement consécutif.

Il sera bon de tenir compte ici d'une réflexion judicieuse que M. Corbin d'Orléans a émise à ce sujet : « Le moyen proposé par M. Pétrequin me paraît bon; mais en réfléchissant sur les causes nombreuses des perforations intestinales, il me semble qu'il faudrait en restreindre l'usage à certains cas particuliers, par exemple, aux perforations qui surviennent dans une maladie aiguë, où, en suspendant la marche des accidents, on peut espérer d'obtenir une cicatrisation, et, par conséquent, une guérison durable. Il n'en est plus de même dans les affections organiques à marche lente, qui ont altéré profondément la texture de l'intestin; et, sans multiplier les faits, supposons une perforation comme on en voit beaucoup par suite d'une maladie cancéreuse. Que pourrait l'opium en pareil cas? Je ne poursuivrai pas ces réflexions qui n'ôtent rien à la valeur des faits présentés par M. Pétrequin, ni au mérite de son travail. » (*Gaz. méd.*, 1837, n° 40.)

Cette médication (1) s'applique parfaitement à l'*Appendice*

(1) M. Brachet n'a pas parlé de ce sujet important dans son excellent *Traité de l'emploi de l'opium*, 1828.

iléo-cœcal où, soit la fièvre typhoïde, soit des inflammations phlegmoneuses, déterminent fréquemment des perforations; car cet accident n'est pas aussi rare que pourrait le faire croire le silence des traités généraux sur la matière; la science en possède un certain nombre d'exemples.

M. Louyer-Willermay a, l'un des premiers, éveillé l'attention sur ce sujet, par les deux observations d'inflammation gangréneuse de cette appendice, qu'il a lue à l'Académie de médecine en 1834; M. Mélin en a publié quatre nouveaux cas dans un mémoire qu'il a inséré dans les *Archives de médecine;* M. Voisin, de Limoges, en a, plus récemment, (*Gaz. méd.* 1833,) fait connaître un autre, etc., de sorte qu'en ajoutant les deux faits que je rapporte et ceux de MM. Corbin (*ib.* 1837, p. 639), Cazeneuve (*ib.* p. 817), Forget (*ib.* p. 231) et John Burne (*ib.* 1838 n° 25), et les comparant tous ensemble, on peut former une histoire pathologique complète de cette maladie. Son histoire thérapeutique est loin d'être aussi avancée; bien que la terminaison ne soit pas inévitablement funeste, comme l'a écrit monsieur Louyer-Willermay, il faut avouer que les cas de guérison sont très-rares.

Des considérations spéciales d'anatomie s'y rattachent; ainsi pour l'appendice iléo-cœcal en particulier, il y a à remarquer que la petitesse de cet organe est une circonstance favorable, que dans tous les cas, l'épiploon qui peut être utile pour diriger à l'extérieur les abcès qui se forment, sert surtout à couvrir et à boucher l'ouverture, que, par des adhérences salutaires, il prévient un épanchement ultérieur, que sa texture vasculaire le rend très-propre à contracter rapidement ces adhérences, et que sa mobilité lui permet ensuite de suivre les mouvements intestinaux sans rompre la cicatrice.

Ce qui constitue le principal danger des perforations c'est le passage dans la cavité péritonéale des matières irritantes, qui sont alors le plus grand obstacle à la guérison. L'indication est donc de prévenir l'épanchement, ou de l'arrêter de suite. Quels moyens choisir? à cause de la rapidité avec laquelle disparaissent les forces vitales; on a remarqué avec raison que les saignées répétées peuvent hâter la terminaison funeste. Les pur-

gatifs augmentent l'action péristaltique et favorisent l'épanchement de nouvelles matières. Il faudrait gagner du temps pour laisser à la lymphe épanchée la facilité de s'organiser autour de la perforation, et pour cela, il est nécessaire de diminuer le mouvement intestinal; l'emploi de l'opium même a ce double but.

L'opium doit être donné le plus tôt possible après l'accident, à la dose de dix à douze grains en pilules, à prendre une à une d'heure en heure, de manière à produire le narcotisme. Il calme les douleurs et procure quelques heures de sommeil; il a de plus l'avantage d'engourdir la sensibilité, et d'arrêter le mouvement des intestins dont l'inertie empêche un épanchement secondaire, et favorise la formation des adhérences. La constipation opiniâtre qui survient est un inconvénient de ce traitement contre lequel le praticien doit être en garde ; les Anglais, pour avoir donné trop tôt des purgatifs, ont vu reparaître tous les accidents, les adhérences récentes étant encore trop faibles pour résister aux secousses expultrices des fèces. Avant d'employer les purgatifs, il faut recourir aux suppositoires, plus tard aux demi lavements, émollients d'abord, huileux, et ensuite laxatifs. On se gardera d'administrer par la bouche aucun cathartique; il est même prudent de s'abstenir de tisanes; on les remplace par des morceaux de glace. Il est presque superflu d'ajouter que le repos absolu et le décubitus horizontal sont de la plus haute importance, et que la convalescence veut être surveillée avec soin.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des perforations spontanées; je dois dire qu'employé à l'hôpital Stephens, dans plusieurs cas de perforations intestinales par causes externes, l'opium a réussi sur un sujet; il serait donc permis, en cas d'urgence d'y recourir, dans les piqûres, par exemple. L'observation de M. Constant que j'ai rappelée, laisse entrevoir d'autres applications de cette méthode.

Elle me semble mériter d'autant plus de fixer l'attention que tout ce qu'on a successivement proposé contre les perforations a été jusqu'ici sans efficacité, comme je l'ai dit en commençant.

§ III. *Invaginations intestinales.*

Les auteurs s'accordent à dire qu'en général il est rare que les invaginations entraînent de grands accidents; on sait que sur 300 enfants qui moururent à la Salpétrière, soit des vers soit de la dentition, Louis trouva que le plus grand nombre avaient deux, trois et même quatre intus-susceptions sans qu'aucune circonstance en eût pu faire soupçonner l'existence; ce qui, dit-il, semble prouver que le volvulus peut se former, puis disparaître ensuite par la simple action des intestins (*Mém. de l'Acad. de chirur.*, t. IV, in-4°).

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette origine insidieuse ne fait qu'en rendre le diagnostic plus obscur. M. Rostan, entre autres, a rapporté un cas d'étranglement interne qui a pu en imposer pour un empoisonnement (*Archiv. gén. de méd.*, 1829, XIX-332). Voici un autre exemple qui vient à l'appui de la remarque de Langstaff, à savoir que l'intus-susception prend un caractère plus dangereux et généralement mortel, lorsqu'elle a lieu vers la terminaison de l'intestin grêle dans le cœcum, parce que l'état de constriction de la partie qui s'invagine, et la dilatation de la portion qui la reçoit, conditions favorables pour la formation d'un volvulus, ne se trouvent jamais d'une manière plus complète que dans ce lieu.

Obs. VII. — *Violentes crises abdominales; soupçon d'empoisonnement. Symptômes de colite chronique. Mort. Invagination du cœcum.* — Le sujet est un teinturier, âgé de 41 ans, d'un tempérament sanguin, et d'une constitution assez forte. Cet homme avait été fou, et avait même à ce sujet subi, pendant quelque temps, un traitement à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon; il se plaignait parfois de quelques douleurs dans le ventre, sans qu'on y fît trop attention.

15 décembre 1832, tout à coup il éprouve de violentes coliques; les souffrances les plus vives siégeaient dans la fosse iliaque droite, et partaient de là pour s'irradier dans tout l'abdomen; pour diminuer l'intensité de ces douleurs, dont les crises se répétaient à chaque instant, le malade se tenait assis, le tronc courbé en avant; le ventre devint très-douloureux, il y

avait des nausées, et des renvois fréquents; il y eût aussi plusieurs vomissements de matières semi-liquides, noirâtres, très-fétides, qui, en tombant sur les carreaux, y laissaient une tache que le lavage avait peine à détruire, la bouche était brûlante, et la langue aride.

On crut à un empoisonnement; le médecin qu'on fit appeler parut partager cette idée, je n'ai pu savoir ce qu'il avait ordonné. Le malade passa quelque temps ainsi.

30 décembre, il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où j'appris les détails précédents. La langue était sèche, la bouche mauvaise, il avait perdu l'appetit, ne voulait que de l'orangeade et des limonades acides, et n'éprouvait que du dégoût pour le reste. Il avait des renvois assez fréquents, nauséeux, et rejetait des gorgées de matières brunâtres; il avait eu, et eut encore durant son séjour à l'hôpital, des vomissements de liquides noirâtres, d'une odeur fétide; où l'on voyait quelques grumeaux, mais où l'on ne pût pas reconnaître la présence des matières fécales, les liquides vomis s'attachaient aux carreaux et y imprimaient des taches brunes qu'on avait peine à enlever par des lotions répétées.

L'abdomen fort endolori, était le siége de douleurs profondes et intermittentes, qui revenaient par crises, surtout la nuit; et alors le malade rejetait tout ce qu'il avait pris; dans le paroxisme, il ne pouvait rester au lit, se levait, et se tenait penché en avant ou appuyé sur son chevet; la face s'animait; il survenait de la soif. Il y eut, tout le temps, alternativement de la constipation ou une diarrhée légère. Dans la fosse iliaque droite, on sentait une tumeur dont la grosseur était variable. Le pouls était petit et fréquent, le sommeil nul. Il portait une ancienne hernie inguinale droite; et depuis qu'il avait soin d'appliquer un bandage, il n'en était plus incommodé. Il n'y avait aucun symptôme morbide du côté de la poitrine. Plusieurs fois l'appétit parut vouloir renaître, et alors il mangea plus qu'il ne devait, ce qui rappelait ou augmentait le malaise.

J'appris de cet homme qu'il était malade depuis longtemps, et sujet par intervalle à des crises de coliques qui disparaissaient pour revenir ensuite avec l'appareil plus ou moins com-

plet des symptômes que j'ai décrits, mais jamais avec tant de violence que le 15 décembre. Ce qui en avait imposé pour un empoisonnement.

On pensa qu'il était atteint d'une altération organique du colon ascendant dont les parois étaient épaisses, et le calibre rétréci. Le traitement consistera en des tisanes émollientes, des potions calmantes, quelques demi-lavements, et en des cataplasmes, des fomentations et des sangsues sur le ventre.

Cet homme était d'une tristesse profonde, et, bien que, dans la rémittence; il parût jouir encore de quelque apparence de santé, il répétait sans cesse qu'il touchait à sa fin; en effet, il mourut presque subitement le 19 janvier 1833. La nécropsie fut faite 27 heures après la mort.

Je trouvai des traces de péritonite; il y avait environ un verre de sérosité purulente épanchée, où nageaient quelques flocons albumineux épars; le péritoine intestinal était coloré et épaissi; son réseau vasculaire était injecté.

Dans la fosse iliaque droite apparaissait une masse de trois à quatre pouces de long, qu'on prit au premier abord pour une accumulation de matières fécales dans le cœcum et le colon; mais on cherchait envain le cœcum, il avait disparu; de la cavité de l'iléon, la sonde cannelée passait immédiatement dans celle du colon ascendant; il y avait invagination complète du cœcum; on n'apercevait même pas l'extrémité de son appendice; l'intususception s'était faite de bas en haut; le cœcum entier s'était engagé dans le colon comme dans un fourreau, de telle sorte que là le gros intestin avait trois parois : le cœcum s'étant renversé, sa surface interne était en contact avec celle du colon; et l'externe en partie avec elle-même, en partie avec celle de l'iléon qui avait un peu suivi le paquet intestinal; mais le mésenter, agissant comme un frein, avait empêché, ainsi que l'a signalé J. Hunter, que le renversement de l'intestin grêle fût plus étendu. A la naissance de l'invagination existait un étranglement externe dû à un bourrelet formé par le repli du colon, étranglement qui portait spécialement sur le cœcum et son appendice; le petit doigt ne pouvait le franchir; mais quand j'eus débridé, il passa de l'iléon dans le colon, sans traverser le

cœcum ; la muqueuse de ce dernier intestin étranglé était frappée de gangrène; elle avait un aspect noirâtre, une épaisseur anormale, s'enlevait comme de la bouillie, et exhalait une odeur fétide. Les feuillets du péritoine en contact avec eux-mêmes dans le repli central étaient maintenus par des brides. Dans toute la masse invaginée, il y avait un engorgement manifeste qui avait, sans doute, puissamment contribué à l'étranglement.

C'était ici une invagination du genre de celles que S. Cooper appelle *progressives* par opposition aux autres qu'il nomme *rétrogrades*, parce que ces dernières se font contre le mouvement péristaltique des intestins. Nous devons avouer qu'il n'y a pas de signes pathognomoniques de cette maladie : les symptômes qui l'accompagnent sont communs à l'inflammation des intestins, à l'obstruction du canal digestif, à l'empoisonnement, et à l'iléus nerveux dont M. Brachet a rapporté un exemple frappant (*De l'emploi de l'opium*, 1828) où la guérison fut obtenue par des doses énormes d'opium (cinq onces de laudanum en dix lavements, et dix grains d'extrait d'opium en potion, le tout en sept heures de maladies. (*Op. cit.*, p. 196.)

Les anciens, dit M. Bégin, attachèrent trop d'importance à ces sortes de déplacements; ils commirent une erreur manifeste en leur attribuant des accidents qui avaient une cause plus profonde. Les invaginations que l'on rencontre sur le cadavre attestent la perturbation survenue durant la maladie dans les mouvements intestinaux; mais elles sont l'effet de cette perturbation et non la cause des accidents observés et de la mort (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1833, x-499). Ici, l'invagination, qui paraît s'être formée sous l'influence de pareilles circonstances, devint ensuite évidemment la cause principale et unique des altérations qui amenèrent la mort. En effet, on conçoit que lorsqu'elle est ancienne, le péritoine s'irrite; la membrane séreuse, comprise dans le repli central, se couvre alors d'une exsudation plastique, dont la solidité augmente et forme des brides; et le renversement, qui n'était que passager, devient permanent, comme dans ce cas; la résolution n'est plus possible par les effets de la nature ni par ceux de l'art.

Il s'ensuit que, dans ce cas, l'emploi du mercure qu'on a tant

préconisé est inutile et dangereux; J. Hunter a judicieusement remarqué que, dans cette condition qui est la plus favorable, il peut pénétrer entre l'intestin contenant et renversé dans l'angle de la réflexion, et augmenter la maladie.

La gastrotomie a parfois réussi; il y a quelques années le docteur Fuschius la pratiqua avec succès, dégagea deux pieds d'intestin, détruisit l'invagination, et le malade guérit en quatorze jours (*Arch. gén. de méd.* 1825, t. IX, p. 116). Néanmoins l'incertitude du diagnostic, les altérations variables du paquet invaginé, et le peu de chance de réussite de cette opération, l'ont fait rejeter par les auteurs modernes, comme par Hévin (*Mém. de l'Ac. de chir.* t. IV). Il faut avouer, avec S. Cooper, que l'art a peu de ressources contre l'intus-susception (*Dict. de chir. prat.*).

§ IV. *Hernies intestinales.*

L'histoire des hernies est l'une des plus intéressantes de la chirurgie; il en est peu qui soulèvent plus de questions délicates. Aujourd'hui qu'on revient sur la médecine opératoire qui les concerne, c'est un sujet plein d'actualité. Je me bornerai à citer une observation qui présente plusieurs points dignes d'attention.

Obs. VIII. — *Hernie crurale étranglée; opération; perforation spontanée; anus artificiel; guérison.* — Céleste Roussel, âgée de 48 ans, marchande de pelotes, d'une bonne santé, mais ayant eu onze grossesses très-pénibles, est affectée, en 1832, d'un rhume intense, avec des crises violentes de toux, pendant lesquelles il survient une petite tumeur dans l'aine droite. Durant deux années, cette tumeur reste indolore et réductible, et ne s'accompagne jamais de vomissements; il paraît même qu'elle n'exista sensiblement que quatre mois sur vingt-quatre. Elle ne portait pas de bandage.

Lors des événements de guerre civile qui eurent lieu à Lyon, en 1834, elle se trouva dans l'un des faubourgs, fut saisie de frayeur et prise de crises violentes, de colique; la tumeur grossit, s'accompagna de nausées, de malaise, puis de vomissements de matières jaunâtres, etc. A la suite des efforts de vomiturition

le ventre se tuméfia, devint douloureux; les selles furent nulles, les vomissements fréquents; elle tomba dans l'accablement.

Le dix-neuvième jour de son entrée à l'hôpital, ces symptômes sont encore plus intenses; on essaye en vain de faire rentrer la hernie; (deux lavements huileux; potion calmante; glace sur la tumeur; un grand bain.)

Le 20, elle a eu un vomissement fécal dans la nuit; elle rend des gaz par la bouche. (Les mêmes remèdes répétés ne font point d'effet.) Météorisme douloureux du ventre, où se dessinent les circonvolutions intestinales; sous l'arcade crurale on trouve une tumeur dure, allongée, de la forme d'un œuf de poule, siége de coliques vives, etc.; du reste l'état général est rassurant : pas d'angoisse; pas d'altération des traits; peau fraîche; pouls demi-plein, peu accéléré; pas de souffrances extrêmes, etc. L'irréductibilité fait décider l'opération. En comprimant la tumeur, on avait senti une espèce de gargouillement; mais au moment de la herniotomie on ne le sentit plus; des élèves avaient secrètement répété la manœuvre du taxis. Je ferai ici à ce sujet une remarque pratique : le gargouillement pouvait tenir à des gaz et des liquides accumulés dans le sac herniaire, et que la pression fit rentrer. Une fois l'opération décidée, il semble préférable de ne point réduire cette sorte d'hydropisie, parce qu'elle a l'avantage d'éloigner par son interposition, l'anse intestinale de l'enveloppe du sac et de rendre la herniotomie plus simple en évitant les lésions de l'intestin.

Manuel opératoire. Une incision oblique de deux pouces fut pratiquée sous l'arcade : deux feuillets aponévrotiques furent incisés; le sac fut ouvert, il était épais, opaque, sillonné de vaisseaux injectés et vide de tout liquide, ce qui est conforme à l'observation que je viens de faire. L'épiploon apparut seul, mais les symptômes me firent soupçonner qu'il devait renfermer une anse intestinale. Un premier débridement d'environ une ligne et demie fut opéré en haut sur l'ouverture externe du canal crural; un second, d'une ligne au plus, porta sur l'ouverture interne. Les adhérences de l'épiploon ne permettent pas la réduction; on est forcé de laisser les parties en place. Un pansement convenable est appliqué et maintenu par un bandage inguinal. Il est

à noter que la hernie n'avait point converti le canal crural en un anneau.

L'opération ne soulagea pas immédiatement la malade; dans la journée, elle prit deux lavements huileux; le soir et dans la nuit, elle eut plusieurs selles; les accidents diminuent; les vomissements cessent; le ventre se détend un peu; la face n'est plus rouge ni congestionnée le lendemain.

23, les coliques sont très légères et bornées autour de l'ombilic. Nouvelle selle.

24, autour du paquet hernié, existe un épanchement de matières demi-liquides, jaunâtres, fétides, analogues aux fèces.

25, le paquet herniaire commence à se mortifier, et à s'enlever par lambeaux; je distingue au sommet de l'ouverture un petit pertuis par lequel s'échappent des vents et des matières. Le sommeil revient, il n'y a pas de céphalalgie; la bouche est pâteuse, la langue animée; il y a un peu de soif; le mieux progresse. Les matières passent en plus grande quantité par l'anus.

Il survient ensuite du malaise, le ventre devient douloureux; quelques lavements produisent une espèce de détente, en ramenant la liberté de la défécation. Le pertuis après l'exfoliation des parties mortifiées, paraît très-petit, et semble porter seulement sur un fragment d'intestin *pincé* plutôt qu'étranglé.

Cette circonstance particulière me permit d'expliquer le retour rapide de la circulation des matières jusqu'à l'anus, en effet, il faut pour se rendre raison du passage normal des fèces supposer que l'anse intestinale compromise, l'a été dans une très-petite étendue, et qu'elle s'est affaissée peu à peu en même temps qu'elle est redescendue dans la cavité de l'abdomen de manière à rétablir le canal dans une direction presque droite; la légère solution de continuité offrait donc une issue déviée de la ligne ordinaire du parcours des fèces, et comme ces dernières ont plus de tendance à suivre une voie large et sinon rectiligne au moins d'une courbe facile, plutôt qu'un pertuis étroit et perpendiculaire à leur marche, il s'ensuit qu'elle devait sortir en plus grande quantité par l'anus que par la plaie. Que devait devenir cette ouverture artificielle? je présumais qu'elle contracterait des adhérences avec l'anneau et se fermerait ainsi peu à

peu en s'allongeant à la façon d'un entonnoir, comme l'a si bien démontré Scarpa.

Le 28, il y a un peu de malaise, quelques coliques; le ventre est endolori et tuméfié; les selles ne sont cependant pas interrompues. Un chirurgien qui voit la malade, s'avise mal à propos d'enlever les derniers lambeaux de l'épiploon et de tirailler les parties pour reconnaître l'ouverture de la perforation. Cette manœuvre maladroite a le triste résultat d'écarter et d'ouvrir largement la plaie; et le soir l'appareil est inondé de matières fécales; je remarque qu'elles sont hétérogènes et toujours grumelées, ce qui me fait présumer que la perforation siége dans un point du tube intestinal où le travail digestif n'est pas encore achevé, puisque le bol alimentaire mal élaboré se présente sous forme de grumeaux. L'anse comprise devait donc appartenir à l'intestin grêle. Dès ce moment, les selles par l'anus sont pendant quelques jours suspendues; les vents et les matières sortent par la plaie agrandie. J'emploie tous mes soins à combattre cet accident par des moyens de propreté, et une compression légère qui favorise la réunion; la plaie est nette et belle; les bords en sont fermes; la malade se trouve mieux.

Le 1er mai, il survient un contre-temps fâcheux; l'opérée s'enrhume, et éprouve de l'oppression et une toux qui la fatigue beaucoup, en même temps qu'elle retarde la guérison. (Looch tisane béchique; vésicat. au bras, potion calmante diacodée.) Je la fais placer dans un endroit plus chaud. Au bout de quelques jours, le catarrhe pulmonaire s'amenda; alors la plaie se rétrécit de plus en plus; les vents et les matières cessèrent de passer par la perforation; les fèces reprirent leur cours par l'anus. Je rapprochai les bords par des bandelettes de diachylon gommé, pour favoriser le travail de cicatrisation de la nature; je commençai à employer les agglutinatifs le 21 mai; je touchai de temps à autre avec la pierre infernale; ces moyens combinés exercèrent une heureuse influence. La plaie était presque fermée le 31. Elle ne tarda pas à se clore, et la malade pût reprendre sa vie habituelle. On eut soin de prévenir le retour de la hernie et de défendre la cicatrice au moyen d'une pelotte protectrice. Un

bandage bien fait a rempli ces indications, et Mme Roussel continue à jouir en 1839 du bienfait de l'opération.

§ V. *Synopsis.*

Je ne crois pas pouvoir mieux terminer ce travail que par le résumé synoptique des divers points que j'y traite :

Proœmium.

§ 1. *Corps étrangers.*

Corps étrangers dans l'œsophage.

§ II. *Perforations spontanées.*

1° De l'estomac.
2° Du duodénum.
3° De l'appendice iléo-cœcale.
4° Traitement des perforations spontanées.

§ III. *Invaginations intestinales.*

Invaginations du cœcum.

§ IV. *Hernies abdominales.*

Hernie étranglée et anus artificiel.

—

Extrait du rapport sur le mémoire de M. Pétrequin (1).

La chute des corps étrangers dans l'œsophage, dit l'auteur, est une des questions les plus embarrassantes de la chirurgie, à cause des accidents qu'elle produit et des prompts secours que l'on doit y apporter. Cette réflexion est bien plus applicable, croyons nous, à la chute des corps étrangers dans le larynx. Le danger le plus imminent est l'as-

(1) MM. Henrotay, *rapporteur*, Jacques et Vancamp, *commissaires*.

phyxie qui peut arriver dans l'un et l'autre cas; mais qui est bien plus à craindre lorsque les corps étrangers sont introduits dans le larynx.

Dans l'observation que M. Pétrequin rapporte, un corps étranger s'est introduit simultanément dans les ouvertures laryngienne et pharyngienne, et c'est cette circonstance toute particulière qui en a permis l'extraction, en s'opposant à ce que le corps étranger ne fut poussé plus avant dans ces ouvertures par les tentatives d'extraction; aussi ne paraît-il pas raisonnable de poser en principe, comme le fait l'auteur, que l'on ne doit pas trop se presser de recourir à la trachéotomie. Lorsqu'un corps étranger est introduit dans le pharynx, l'asphyxie n'est pas, en général, aussi imminente, le corps étranger peut être extrait ou souvent repoussé dans l'estomac sans inconvénient, et par ces moyens on peut, dans la majorité des cas, éviter une opération toujours très-grave; mais si le corps étranger existe dans le larynx, toutes choses égales, d'ailleurs, la suffocation est beaucoup plus à craindre, l'extraction devient plus difficile, le refoulement impraticable, de sorte qu'il ne faut pas perdre de temps en vaines manœuvres et que l'on doit recourir sans retard à la bronchotomie. Nous conseillons d'autant plus d'en agir ainsi dans les cas où la suffocation paraît imminente, que nous avons vu dans une opération de laryngotomie pratiquée dernièrement à l'hôpital militaire d'Anvers, combien il faut de temps et de précautions pour s'opposer à l'entrée du sang dans les voies aériennes, de sorte qu'en joignant à la temporisation, les lenteurs de l'opération elle-même, on aura tout lieu de craindre que le patient ne succombe dans les mains du chirurgien, si celui-ci ne se presse d'opérer. Nous pensons que M. Pétrequin agirait comme nous en pareil cas et ce n'est sans doute que faute de ne pas avoir donné assez de développement à sa pensée que nous avons pu différer d'opinion sur ce point.

Le deuxième paragraphe est consacré aux perforations spontanées des intestins.

Dans un mémoire inséré dans le n° d'avril 1837 de la *Gazette médicale* de Paris, M. Forget a fait voir toute l'étendue que comporterait une monographie complète des perforations du canal digestif; aussi nous trouvons plutôt dans le travail de M. Pétrequin des matériaux qui, réunis à d'autres, pourront servir un jour à établir la pathologie de ces affections, qu'un ouvrage complet sur cette matière. Quant à l'épithète de spontanée que l'auteur ajoute à chaque perforation intestinale qu'il rapporte, nous ne croyons pas qu'il y attache une grande importance. M. Forget regarde comme telles les perforations non précédées de symptômes appréciables; or, M. Pétrequin, à l'autopsie trouve des traces d'inflammation évidente, et il combat l'opinion d'Ebermaier qui prétend que les perforations dites spontanées ont

toujours une marche latente presque indolore, si ce n'est dans les derniers temps, que dans aucun cas on ne trouve de traces d'inflammation évidente, etc., etc., comme M. Pétrequin tout en employant le mot de spontanée ne donne aucune raison pour établir l'existence de ces perforations, nous sommes forcés de partir du point de vue d'Ebermaier. Or, dans l'article cité plus haut, M. Forget a très-bien discuté les opinions du médecin de Dusseldorf, et il a fait voir qu'il répugne essentiellement d'y voir un acte tout particulier, étranger à tout ce que nous connaissons des procédés de la nature pour détruire, perforer les organes. Nous ne pouvons y voir, ajoute M. Forget, qu'un effet de causes morbides véritables mais réelles, plus ou moins difficiles à spécifier, mais qui sont éclairées par les cas où le processus morbifique peut être directement démontré.

Ainsi que M. Forget l'a établi, nous pensons que les perforations intestinales se rapportent toutes aux trois genres de causes suivants :

1° Perforations par cause traumatique ;

2° Perforations par cause chimique ou toxique ;

3° Perforations par cause pathologique.

Les observations de M. Pétrequin se rapportent à ce dernier ordre de causes.

M. Pétrequin a soulevé dans son travail une question très-importante : le suc gastrique peut-il dans certaines circonstances occasionner des perforations de l'estomac ? L'observation qu'il rapporte, ainsi que l'expérience qui la suit ne peuvent guère laisser de doute à cet égard. D'autres faits viennent encore corroborer ceux que l'auteur avance. D'ailleurs on ne trouve dans ces cas aucune trace d'inflammation de la portion péritonéale environnante, ce qui prouve que la perforation s'est faite après la mort.

Deux autres faits ajoutent une grande valeur à cette opinion. Le premier est rapporté par M. Allans Burns. Il trouva sur un cadavre humain l'estomac perforé là où cet organe est en contact avec le foie. S'étant assuré que celui-ci était intact, il procéda deux jours plus tard, à un nouvel examen ; mais alors de nouvelles altérations avaient eu lieu ; la portion du foie qui suppléait aux parois détruites de l'estomac était elle-même ramollie et réduite en détritus ; il n'y avait, d'ailleurs, encore aucun signe de putréfaction sur le cadavre, dans ce cas, dit M. Burns, n'est-il pas évident que l'espèce de fonte éprouvée par le foie fut due à l'action dissolvante du même suc qui avait commencé par attaquer et détruire une portion des parois gastriques.

Le second fait fut observé par M. le docteur Lovell, aux États-Unis. Un homme, jeune et bien constitué, présentait à l'épigastre une fistule stomacale, suite d'un coup de feu. Ce chirurgien recueillit une certaine quantité de suc qui s'écoulait par la fistule. Reçu immédiatement

dans une fiole, le suc y fut mis en contact avec de la viande et l'on vit qu'il la dissolvait avec une grande activité de la périphérie au centre. Elle fondait, dit l'auteur de cette observation, comme un morceau de gomme arabique qu'on tient dans la bouche. Si telle est l'activité du suc gastrique, ne peut-on pas concevoir que si après la mort il se trouve dans l'estomac en certaine quantité et doué de certaines qualités, il puisse opérer la dissolution des tuniques du ventricule, comme on vient de voir qu'il dissolvait la chair morte?

Cette question sera, d'ailleurs, agitée encore dans un travail que M. Matthyssens vous soumettra sous peu et qu'il nous a déjà communiqué en partie.

Parmi d'autres observations, M. Pétrequin en cite une de perforation spontanée de l'appendice ileo-cœcal. Cette fois ce n'est plus une altération ignorée que l'autopsie fait reconnaître, le malade s'est guéri et le diagnostic n'a pu être porté que d'après les symptômes fournis pendant la maladie. Quelqu'effort qu'ait fait l'auteur pour caractériser cette affection, il est difficile de ne pas conserver quelques doutes sur la justesse de ce diagnostic; mais en admettant même qu'il soit vrai, nous ne voyons encore dans cette cure rien de si surprenant, car ce qui fait le danger des perforations, c'est, indépendamment de la cause qui les amène, la production des épanchements; or, comme on s'explique facilement comment il se fait qu'il n'y ait pas eu d'épanchement dans la cavité abdominale dans ce cas, la guérison n'a plus rien qui étonne.

Nous arrivons au traitement des perforations intestinales. L'auteur préconise l'opium à haute dose. Que doit-on penser de ce moyen? rarement on peut être assuré pendant la vie de l'existence d'une perforation; on ne peut guère avoir à cet égard que des soupçons, de sorte qu'on pourra regarder comme perforation guérie par l'opium ce qui était une toute autre affection. Cependant il nous semble assez raisonnable de prescrire l'opium dans les perforations, dans la vue de diminuer les mouvements des intestins, ce qui pourrait favoriser l'établissement d'adhérences avec des organes voisins. On sait, d'ailleurs, qu'il ne faut pas un temps très-long pour que ces adhérences s'établissent; car B. Travers ayant fait une plaie à l'intestin d'un lapin, en sept heures l'adhérence des bords de cette plaie à celle du péritoine pariétal était complète et solide.

Toutefois, il est facile de concevoir que ce moyen ne peut avoir de chance de succès que dans les affections aiguës, lorsque l'intestin n'étant pas encore profondément altéré dans sa texture, il reste quelque espoir d'union avec des organes voisins. L'opium nous semblerait beaucoup plus indiqué encore dans les perforations traumatiques des

intestins, et, selon nous, ce serait surtout dans ces cas que son emploi pourrait avoir un immense avantage.

L'auteur termine son travail par deux observations d'un haut intérêt, l'une d'invagination intestinale terminée par la mort; l'autre de hernie crurale étranglée guérie par l'opération. Il y a joint quelques considérations sur les invaginations et sur les hernies intestinales.

Votre commission a trouvé le travail de M. Pétrequin plein d'observations et de réflexions à la fois curieuses et utiles, et elle en propose l'impression dans les Annales de la Société.

Anvers, le 2 avril 1840.

—

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ ;

NEUE UNTERSUCHUNGEN IN BETREFF DER ERBLICHEN NEIGUNG ZU TODTLICHEN BLUTUNGEN, MIT BESONDERER BEZIEHUNG AUF EINE FAMILIE VON BLATERN IN FURSTENTHOM BERKENFELD ;

Von doctor H.-C. RIEKEN, physicus jenes furstenthoms, Francfort-am-Main, 1829.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AUX HÉMORRHAGIES MORTELLES, AVEC RELATION PARTICULIÈRE A UNE FAMILLE DE LA PRINCIPAUTÉ DE BERKENFELD ;

Par le docteur H.-C. RIEKEN, médecin en chef, attaché au gouvernement de cette principauté, Francfort-sur-Main, 1829.

Ce qui rend l'étude des sciences naturelles si intéressante, ce qui seul suffirait à récompenser l'observateur de ses longues méditations; c'est le spectacle de la prévision admirable de la nature. Quels soins pour garantir ses œuvres de toute lésion, ou au moins pour en atténuer les effets; quelles dispositions merveilleuses pour la prolongation de leur durée; quelle sagesse divine dans l'harmonie de leur structure. A chaque preuve nouvelle d'intelligence et de bonté qui vient frapper son âme, le philosophe naturaliste sent son cœur se gonfler de joie, et éprouve un bonheur peut-être le plus pur qu'il soit donné à l'homme de connaître. Et cependant, dira-t-on, cette nature si intelligente est sujette à se tromper. Des monstres, des anomalies naissent tous les jours. De gros volumes ont été écrits pour classer ces êtres qui s'écartent de la voie ordinaire, des salles entières de nos muséums leur sont consacrées.

Oui, sans doute, de telles déviations ne sont pas rares; mais c'est précisément dans ces erreurs apparentes qu'éclate la sagesse divine. Ces monstruosités ne sont dues qu'à ce qu'on s'est écarté de ses lois. C'est dans les maladies, dans les vices, dans les accidents survenus aux parents, et troublant la marche naturelle du développement fœtal qu'il faut en rechercher la cause. C'est parce qu'on a porté atteinte aux lois immuables de la nature que ces anomalies existent et c'est en elles qu'on peut étudier les conséquences fatales qui résulteraient de tout changement à ce qui est. Loin d'être des exemples d'une erreur de la nature, ce sont plutôt des monuments qui attestent son inaltérable grandeur.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par l'ouvrage qui fait le sujet de ce rapport.

Portés par sa lecture à songer aux conditions ordinaires du sang, nous avons été frappés des immenses avantages que nous offre sa plasticité. Par là les hémorrhagies s'arrêtent, les opérations chirurgicales deviennent possibles. Le genre humain continuellement décimé, aurait depuis longtemps disparu de la terre, si le sang perdait sa consistance plastique.

Les maladies qui nous offrent une profonde altération de l'hématose telles que le scorbut, les fièvres putrides, la maladie maculée de Werlhof nous prouvent déjà par leurs conséquences souvent fatales les dangers qui en résulteraient. Mais nulle part ces périls ne sont plus évidents que dans les cas où la limpidité anormale du sang descend comme un triste héritage de père en fils, comme le mémoire du docteur Rieken nous en offre un exemple. Nous croyons devoir entrer à l'égard de cet ouvrage intéressant, dans des détails assez étendus pour que d'une part l'on puisse bien se pénétrer de toutes les particularités du cas, sans lesquelles il est impossible d'en avoir une idée claire et certaine; et que de l'autre les observations judicieuses de l'auteur soient présentées sous le jour le plus favorable. M. Rieken commence son mémoire par une histoire fort détaillée de la famille, qui fait le sujet de ses observations. Nous allons suivre son plan, tout en regrettant d'être obligés d'abréger son récit, car nous sentons combien dans l'histoire d'une maladie il est important de ne négliger aucun détail et de reproduire fidèlement les particularités les plus minutieuses.

La famille, dit l'auteur, chez laquelle j'ai fait l'observation de cette anomalie extraordinaire demeure à Nohfelden, baillage situé dans la principauté de Berkenfeld (1). Ce fut chez les enfants d'Ernest P., la-

(1) La principauté de Berkenfeld appartient au Grand-Duc d'Oldenberg. Elle est presqu'entièrement enclavée dans le Grand-Duché du Bas-Rhin. Sa superficie est de 8 lieues carrées d'Allemagne; le nombre de ses habitants est

boureur et menuisier, qu'on l'observa d'abord. Cet homme d'une constitution athlétique et encore plein de force à l'âge de 86 ans, n'a jamais eu ni disposition hémorrhagique, ni maladie grave, si ce n'est à l'âge de 20 ans, un *herpes humide* sur le dos de la main droite, qui fut guéri sans moyens externes, par un traitement dépuratif approprié. Vers l'an 1771, Ernest P., alors âgé de 28 ans, épousa Sophie Marie L., d'une constitution hectique, qui mourut après 11 mois de mariage. Pendant ses couches, cette personne se plaignit souvent, *de douleurs atroces* dans une de ses mains. Son enfant fut enlevé peu de temps après sa naissance par des convulsions.

Dix-huit mois après la mort de sa première femme, Ernest P. épousa en secondes noces, sa sœur cadette Élisabeth Marie L., alors âgée de 17 ans, qui mourut en 1821, dans la soixante-sixième année de sa vie. Cette personne a eu des attaques répétées d'arthritis articulaire qui n'ont cessé que pour faire place à des accidents asthmatiques et à des douleurs violentes sous le sternum. Ses forces diminuant peu à peu, des symptômes de phthisie et d'hydrothorax se manifestèrent et finirent par l'enlever. Sous le rapport de sa sanguification elle n'a jamais offert rien de particulier. Pendant trente ans elle fut régulièrement menstruée, et jamais on n'observa sur son corps des ecchymoses idiopathiques.

De ce mariage naquirent douze enfants :

1. Guillaume Louis, né le 29 novembre 1773.
2. Marie Élisabeth, née le 27 mars 1776.
3. Marie Marguerite, née en 1778.
4. Wilhelmine, née en 1779.
5. Julienne, née le 11 mars 1781.
6. Louis Paul, né en 1783.
7. Jean Chrétien. né le 3 mai 1786.
8. Henriette, née le 18 novembre 1787.
9. Jean Guillaume, né le 26 janvier 1789.
10. Élisabeth Madelaine, née le 23 juillet 1791.
11. Philippe Henri, né le 26 juillet 1793.
12. Louise Catherine, née le 23 octobre 1796.

dont cinq moururent en bas-âge de diverses maladies (nos 2, 6, 8, 9, 10) indépendantes de l'anomalie dont il est ici question. Leur père assure n'avoir jamais remarqué chez eux ni hémorrhagies, ni ecchymoses. Il n'en est pas de même pour les quatre malheureux dont je vais faire suivre l'histoire et pour plusieurs des survivants.

1. Guillaume Louis, fils aîné d'Ernest P....., jouit d'une bonne

de 25,000. La Nahe, petite rivière qui se jette dans le Rhin non loin de Bingen, la traverse entièrement.

santé jusqu'à sa quatrième année. Les travaux de la dentition se firent régulièrement ; il apprit de bonne heure à parler. Une intelligence supérieure, un caractère fort doux le distinguaient.

Vers ce temps survint une épistaxis qu'on ne parvint à faire cesser que le huitième jour, par le tamponnement et l'emploi des styptiques. Cependant cette hémorrhagie, si grave en elle-même, ne fut que le prélude d'accidents plus redoutables encore. Deux jours s'écoulèrent à peine, que l'enfant se plaignit de douleur dans le creux de l'estomac. Des sueurs froides, une pâleur cadavérique survinrent; enfin, des vomissements d'un sang noir et fluide l'enlevèrent le huitième jour.

2. Des phénomènes encore plus extraordinaires se montrèrent chez Jean Chrétien (n° 7) dès la première année de son existence; des tâches bleues insensibles apparurent de temps à autre sur diverses parties de son corps. Ce phénomène persista pendant onze ans, sans qu'aucune hémorrhagie intercurrente eût lieu. A l'âge de 10 ans, *des douleurs très-vives* se déclarèrent dans les extrémités inférieures, et diminuèrent avec la formation d'une tumeur au genou gauche. Cet état dura un an et demi, quand des douleurs insupportables se firent sentir dans la première molaire de la mâchoire supérieure gauche. On fit arracher la dent. Alors survint une hémorrhagie tellement abondante d'un sang séreux qu'aucun moyen ne put l'arrêter, et que l'enfant succomba le huitième jour après l'opération.

3. Une hématémèse survenant subitement enleva Philippe Henri (n° 11) à l'âge de 3 ans. Des ecchymoses ont paru chez cet enfant, dès le septième mois.

4. Au sujet de sa fille Marie Marguerite (n° 3), Ernest P. remarque qu'elle vint au monde, en présentant tous les signes d'une grande faiblesse et avec adhérence de la langue. A l'insu et pendant l'absence des parents, une sage-femme opéra le débridement, qui fut suivi d'une hémorrhagie mortelle.

Telle est l'histoire des quatre enfants d'Ernest P., qui ont succombé à cette prédisposition singulière, qui se montre de nouveau chez les enfants de Louise Catherine (n° 12) sa fille cadette. Celle-ci, actuellement âgée de 32 ans, n'a jamais eu, ni ecchymoses, ni hémorrhagies. Ses blessures guérissent comme chez d'autres personnes. Menstruée dès sa treizième année, ses règles se font régulièrement. Depuis sa vingt-unième année, elle s'est plaint plusieurs fois de douleurs dans les membres, surtout dans le fémur gauche. Il est rare que ces douleurs cessent tout à fait. D'une constitution pléthorique; elle est obligée de se faire saigner à chaque grossesse, vers le sixième ou le septième mois. Le chirurgien assure que son sang ne coagule pas aussi facilement que chez d'autres femmes enceintes, qu'il est d'une coloration noire, et offrant une trop grande proportion de sérosité. Le 20 août

1814, cette personne a épousé le meunier Jacques L., fils aîné du meunier André L., mort à l'âge de 54 ans *d'une affection asthmatique*. Cet homme d'une constitution moyenne, n'offre aucune disposition maladive particulière, si ce n'est une surdité légère congéniale. Jusqu'ici ce mariage a produit 6 enfants.

1. Caroline, née le 4 octobre 1818.
2. Philippe Jacques, né le 26 mars 1821.
3. Jacques, né le 31 août 1823.
4. Élisabeth, née le 2 mars 1825.
5. Zacharie, né le 10 septembre 1826.
6. Jacques Charles, né le 14 juillet 1828.

La fille aînée et le fils cadet (1 et 6) sont les seuls survivants, la seconde fille est morte d'éclampsie, les trois fils (2, 3, 5), ont succombé à des hémorrhagies et à des accidents consécutifs. Les filles n'ont rien offert de particulier sous le rapport de l'hématose. Pour éviter les répétitions, je ferai les remarques générales suivantes sur les quatre fils.

Faiblement mais régulièrement constitués, tous avaient une tête plus grande qu'à l'ordinaire, avec de larges fontanelles, qui se sont lentement fermées. Leur couleur était pâle et maladive, leurs muscles d'abord pleins et mous, se sont par la suite considérablement amaigris. Le troisième fils Zacharie est le seul qui n'ait pas été nourri par la mère, d'après mon avis. Car j'étais désireux de savoir, si cette prédisposition fatale ne cèderait pas à l'influence d'un lait sain et étranger. La dentition s'est faite régulièrement. Tous avaient un caractère éveillé mais doux. Les deux aînés joignaient à une profonde sensibilité, les plus belles dispositions intellectuelles.

1. Chez le fils aîné Philippe Jacques (n° 1), les premiers symptômes annonçant une prédisposition particulière aux hémorrhagies se sont montrés dès le septième mois de son existence, et ont persévéré jusqu'à sa mort. Des taches foncées inégales, atteignant quelquefois la moitié de la grosseur d'une main d'homme, apparurent spontanément, sur son dos, ses bras, son visage, son scrotum. Quelquefois le corps en était comme parsemé. Ces taches ont toujours été insensibles. J'ai remarqué comme symptôme constant, un gonflement dur de la peau, sous les taches, causé probablement par l'effusion du sang. Proportionné à leur grandeur, il disparaissait ordinairement avec elles, après 6 ou 8 jours. A l'âge de 12 mois, l'enfant se mordit le bout de la langue. Une hémorrhagie survint, qui ne cessa le quatrième jour, que lorsque la faiblesse eût atteint le plus haut degré. Six mois après, épistaxis violente, qui ne cessa que le deuxième jour, après l'administration d'une mixture d'élixir acide de Haller et de R. d'opium. Pendant l'assoupissement causé par ce remède, l'hémorrhagie s'arrêta. Depuis lors, jusqu'à la mort de l'enfant, une épistaxis

de la narine gauche survint régulièrement tous les trois mois, d'une durée variant entre 4 à 10 jours et précédée ordinairement par des signes de congestion vers la tête, et une coloration rouge foncée des oreilles. Jamais l'hémorrhagie ne cessa qu'avec le dernier épuisement du malade. Pour recouvrer la vie, il lui fallait, pour ainsi dire, frapper aux portes de la mort.

Dans la quatrième année, douleurs vagues des extrémités, qui diminuèrent pendant la formation d'une tumeur blanche au genou gauche. Celle-ci disparut peu à peu sous l'emploi de différents remèdes (Onguent scrofuleux de Hufeland. Onguent de digitale. Emplâtre mercuriel de Rust), quand survint une hémorrhagie profuse, qui ne cessa que pour faire place à une entérite gangréneuse (constipation opiniâtre, gonflement douloureux de l'abdomen, vomissements répétés d'un liquide aqueux, singultus, extrémités froides) qui enleva le malade. Sa mort ne fut annoncée au médecin que le huitième jour après son enterrement, de sorte qu'on ne put s'assurer si l'entérite avait été causée par un épanchement de sang à l'intérieur.

2. Des ecchymoses analogues à celle qu'on observa sur son frère, mais d'une formation plus régulière, se présentèrent dès la quatorzième semaine chez Jacques (n° 3). Vers le dixième mois furoncle dont l'ouverture pratiquée par un chirurgien avec un coup de lancette superficiel est suivie d'une hémorrhagie profuse de la cavité, que le tamponnement ne fait cesser que le troisième jour. Neuf mois après, une légère blessure du frenulum de la lèvre inférieure est cause de nouveaux accidents hémorrhagiques fort graves. Deux ans et demi se passent tranquillement, mais avec persistance des taches caractéristiques, et le corps de l'enfant gagne en force et en volume. Vers le mois d'août 1827, symptômes pléthoriques suivis de pleuro-pneumonie. A cause de la disposition particulière de l'enfant, je n'osai procéder aux émissions sanguines. Une potion composée d'une décoction de guimauve, de nitre, de muriate d'ammoniaque et de tartre émétique, avec vésicatoire causa une grande amélioration. Tout à coup épistaxis violente des deux narines. A cause de la rougeur de la face, du pouls dur, du battement des carotides, de l'état inflammatoire des organes respiratoires, je m'abstins de l'usage des styptiques et prescrivis une solution de sel de Glauber. Ce remède provoqua plusieurs selles, sans faire cesser l'hémorrhagie. Déjà la faiblesse du malade faisait redouter une mort imminente. Ni fomentations et injections vinaigrées, ni tamponnement du nez, ni ligature des extrémités, ni l'immersion des mains dans de l'eau froide (moyen qui, selon Nasse, a eu des succès dans des cas analogues) ne purent tarir l'écoulement du sang. Ce ne fut qu'après des syncopes répétées, qu'après que la couleur de cire de la face, et le pouls filiforme annoncèrent un état presque entière-

ment anémiqne, que l'hémorrhagie cessa. L'enfant eut besoin de tout l'hiver pour regagner ses forces, et se préparer à de nouvelles souffrances. Vers la fin du mois d'avril, douleurs vagues et intolérables de toutes les extrémités; tumeur arthritique de l'extrémité inférieure du tibia. Celle-ci se transporta 6 semaines après sur le genou gauche, et y forma une tumeur blanche avec diminution considérable des douleurs.

Le 19 octobre 1828, l'enfant tomba avec le côté droit du menton sur la pomme d'un berceau, et sur-le-champ une hémorrhagie buccale très-violente se déclara, causée par une lésion peu considérable du bout de la langue. En dépit de tous les efforts, elle ne s'arrêta que lorsque l'anémie fut presque complète. Peu de temps après épistaxis mortelle. Rien ne put faire consentir les parents à l'ouverture du corps.

3. Chez le troisième fils, Zacharie, mêmes accidents. Taches, attaques pléthoriques, hémorrhagie mortelle causée par une petite plaie du bout de la langue.

4. Chez le quatrième fils, Jacques Charles (n° 6), actuellement encore en vie, des accidents se sont déclarés, qui rendent sa fin prématurée fort probable. Pénétré d'un vif désir de conserver cet enfant à ses parents, la lecture des cas antérieurement observés et ma propre expérience me firent parvenir à la conclusion que je développerai plus tard. Je fis tous mes efforts pour faire adopter mes idées aux parents et je prescrivis à la mère l'emploi de l'huile de foie de morue, à la dose d'une cuillère, trois fois par jour. Le succès surpassa mes espérances. Une irruption cutanée de la face de l'enfant disparut entièrement; la formation de nouvelles ecchymoses cessa. Ce fut alors que malgré l'heureux résultat du remède, malgré sa propre conviction de son utilité, la mère le discontinua. Bientôt les ecchymoses parurent de nouveau. Alors, à mes instantes prières, le médicament fut repris avec le même résultat. Tous les symptômes s'évanouirent; une otorrhée dégoutante (remarquée également chez les autres enfants) cessa; une petite blessure du doigt annulaire se referma sans accidents; un furoncle guérit normalement. Vers le mois de juin, la mère discontinua de nouveau le remède; et les taches se manifestèrent de nouveau. Puis le médicament fut repris, et les ecchymoses disparurent au bout de deux jours. Une nouvelle blessure à la main guérit fort bien. Au moment où j'écris, on remarque sur la poitrine de l'enfant, deux taches de la grandeur d'un florin. Malheureusement rien ne peut persuader la mère à reprendre le médicament. Je lui ai conseillé de sévrer l'enfant, et de lui administrer l'huile de foie de morue en lavement. J'espère pouvoir informer plus tard le public médical du résultat de mon avis.

Les deux autres filles survivantes d'Ernest P., toutes deux mariées, n'offrent dans leur famille rien de particulier relativement à l'hématose. Mais des *douleurs arthritiques* leur sont communes. Il en est de même dans les lignes ascendantes et collatérales de la famille d'Ernest P. et de celle de son épouse.

Après le rapide résumé de cette intéressante histoire, nous allons faire suivre les résultats pratiques et théoriques qu'en tire M. Rieken et les comparaisons qu'il établit entre ses propres observations et celles des auteurs qui l'ont précédé (1).

1. La remarque faite par les observateurs que l'affection sévit surtout sur les membres mâles de ces familles, se trouve confirmée. Cependant cette règle est sujette à des exceptions.

Témoin la fille d'Ernest P. (n° 3). Cependant les filles et petites-filles survivantes, n'offrent rien d'anormal sous le rapport de l'hématose. Toutes sont régulièrement menstruées.

2. Chez toutes les victimes, la prédisposition se manifeste de bonne heure. Les travaux de la dentition ne semblent pas avoir d'influence directe sur cette affection. Des ecchymoses, des hémorrhagies ont déjà paru avant cette époque.

3. Il est à remarquer que dans tous les cas la mort a eu lieu vers la fin d'automne, en hiver, ou au commencement du printemps. Cette circonstance semblerait confirmer l'opinion du célèbre Meckel qui croit que la prédisposition aux hémorrhagies n'est qu'un degré inférieur de la cyanose. En effet, c'est dans la même saison de l'année que presque tous les individus cyanosés expirent. Car presque toutes les affections du cœur redoublent d'intensité, quand la sécrétion cutanée est moins active.

4. Dans quelques familles tous les membres mâles sans exception, dans d'autres, seulement quelques-uns, en sont affectés.

5. Le témoignage unanime de tous les observateurs, sur l'intelligence développée des enfants atteints de cette affection se trouve confirmé. Quant à l'état de leurs forces, à leurs habitudes, à leur tempérament, les observations n'offrent rien de concluant.

(1) Au professeur Nasse de Bern appartient le mérite d'avoir collationné et soumis à un examen lumineux les observations éparses dans les auteurs. Il a frayé le chemin pour parvenir à une connaissance plus exacte de cette anomalie et des observateurs zélés ont répondus à son appel. Nous sommes redevables de notices fort intéressantes au docteur Elsaesser (*Journal de Hufelandet Osann*, février 1824), au docteur Fheinhardt, (*Horn's*, *Nasse's*, *Herse's* et *Wagner's*, Archives, juillet et août 1824), au docteur Davis, (*Edinburg medical et surgical journal*, avril 1826), au professeur Puchelt de Heidelberg, (*Heidelberger klinische annalen*, 1827), et au docteur Steinmetz à Mengeringhausen, (*Rust's magazin*, band 27 heft, 3).

6. Selon le docteur Rieken, cette anomalie doit être attribuée uniquement à une *dyscrasie arthritique congéniale*. Voici les raisons sur lesquelles il fonde son opinion.

a. La prédisposition aux hémorrhagies foudroyantes, a été uniquement observée chez des personnes dont les parents ou aïeux avaient eu la goutte.

b. Des affections arthritiques sont communes chez les membres de ces familles en ligne descendante ou collatérale.

c. Ces affections ont été presque toujours observées sur les individus mêmes, alternant avec les hémorrhagies.

d. L'arthritis est une maladie intimement liée au système vasculaire et cause fréquemment des hémorrhagies. Les affections du cœur la reconnaissent souvent pour point de départ. Les hémorrhoïdes sont dans un rapport si intime avec l'arthritis que Stahl croyait pouvoir guérir radicalement la goutte, par l'application de sangsues à l'anus. Souvent les hémorrhoïdes alternent avec des attaques de goutte régulière. Enfin les hémorrhagies foudroyantes paraissaient être le plus souvent mortelles dans les saisons de l'année, où les affections arthritiques s'exaspèrent le plus communément. La goutte, maladie souverainement héréditaire, est donc inoculée dans le germe de l'embryon. La disposition arthritique grandit avec l'individu, selon les lois de la productivité organique. C'est elle qui par suite de la grande liaison de l'arthritis avec le sang, de l'influence continuelle de la matière arthritique sur celui-ci, et de la reproduction incessante de cette matière, dans le sang même, produit chez le fœtus ce mélange anormal dont les hémorrhagies sont la suite fatale. Les mariages entre proches parents avaient-ils quelque influence? Il est permis de le croire, d'après différentes observations. Cependant il n'y avait pas de parenté entre Ernest P. et sa femme; tandis que les grand pères maternel et paternel du meunier Jacques L. et de son épouse, étaient frères. Il est néanmoins hors de doute que de telles unions, doivent exercer une influence fâcheuse, surtout quand elles ont lieu entre des personnes appartenant à une famille dyscrasique. Alors la corruption des humeurs augmente à chaque génération et les races s'abâtardissent. Les hémorrhagies dépendent en premier lieu de l'appauvrissement du sang, ensuite de l'amincissement anormal des vaisseaux, suite nécessaire de l'hématose incomplète. Comment un sang pauvre en fibrine pourrait-il former des vaisseaux à parois fermes et résistantes? Quant au traitement, nous avons vu combien les styptiques et les moyens externes les plus énergiques étaient infructueux. Jamais l'hémorrhagie ne cessa qu'avec l'extrême anémie et l'anéantissement presque total des forces vitales. Peut-être se trouverait-on bien de l'emploi de vinaigre de digitale avec l'ipécacuanha à faibles doses,

quand vers le commencement des accès le malade offre des symptômes de pléthore. Quand l'état atonique serait fortement dessiné, la sabine, employée avec tant de succès dans les hémorrhagies utérines, pourrait avoir du succès. Puisque des accès pléthoriques précèdent ordinairement les attaques, il semblerait convenable de faire une légère blessure au bras, de dériver par là l'hémorrhagie imminente sur un lieu qui offrirait de plus grandes facilités pour arrêter l'écoulement du sang. Il est permis de croire que ce moyen aurait été utile dans le cas de l'enfant Jacques (n° 3) atteint de pleuro-pneumonie, et aurait pu empêcher l'épistaxis qui plus tard causa sa mort. Les tumeurs arthritiques méritent la plus grande attention. Nous avons vu les hémorrhagies paraître avec leur disparition. Il semble que vouloir guérir ces affections, c'est entraver la marche de la nature, et qu'en chassant des articulations le dépôt arthritique, on ne fait que donner l'éveil à une affection infiniment plus grave.

L'inutilité des moyens employés pour guérir l'affection hémorrhagique résulte surtout de ce qu'on n'a fait qu'un traitement symptomatique. Si cette prédisposition dépend d'une cause spécifique, si elle est réellement la conséquence d'une dyscrasie arthritique : alors, conformément à l'axiome : *Cessante causâ cessat effectus*, ce n'est qu'en combattant cette dernière affection, qu'on peut espérer d'enlever le mal. Pour y parvenir, il faudrait attaquer l'arthritis, dans les parents avant la conception de l'enfant, et dans l'enfant même, d'abord par l'intermédiaire de la mère pendant la grossesse et la lactation, ensuite directement. De tous les antiarthritiques, l'huile de foie de morue semble le meilleur, car il ne possède pas les propriétés échauffantes qui pourraient rendre dangereux la plupart des autres remèdes. Il est presque inutile d'observer que tous les moyens à employer contre une affection si profondément enracinée, doivent être longtemps continués, de manière à modifier entièrement la constitution. Si la disposition provient de la mère, il faut recommander une nourrice saine, ou bien nourrir l'enfant artificiellement. Par là on empêche au moins, l'importation continuelle de nouvelles matières arthritiques.

Le docteur Rieken termine son travail en exprimant le vœu qu'une affection si remarquable et si fréquemment observée trouve, enfin, la place qu'elle mérite dans les traités de pathologie et de thérapie spéciale. La plupart de ceux-ci n'en font pas mention ; à peine si on en parle légèrement dans les ouvrages les plus étendus.

Cependant elle réclame au plus haut degré l'attention du praticien. Combien le traitement de toutes les maladies de ces êtres exceptionnels ne doit-il pas être modifié, là où un traitement ordinairement salutaire peut devenir mortel.

Il est certain que la connaissance exacte de cette anomalie peut

faire éviter de graves erreurs ; et qu'il est du devoir de chaque professeur de l'imprimer fortement dans la mémoire de ses élèves. Non-seulement la pratique y gagnerait, mais encore l'attention du public médical étant une fois éveillée, les observations se multiplieraient, et l'accumulation des faits permettrait d'arriver à quelque résultat théorétique certain. Elle mérite, enfin, toute l'attention des médecins légistes. Il est évident que les malheureux qui en sont atteints ont droit à toute la protection de la loi, dont ils sont pour le moment privés.

Telle est la trop rapide analyse d'un mémoire intéressant sous tant de rapports, aussi instructif pour le philosophe qui médite sur les lois qui président à la génération et à la vie, que pour le médecin plus humble mais non moins utile, qui borne sa curiosité à secourir directement ses semblables.

Nous avouerons nos regrets de ne pouvoir partager l'avis de l'auteur sur le grand rôle qu'il fait jouer à l'arthritis dans la production de cette anomalie. Il nous semble que les observations sont encore trop limitées en nombre, pour pouvoir indiquer quelque chose de précis à cet égard. Nous croyons même que l'existence de l'arthritis n'est pas suffisamment prouvée dans tous les cas où M. Rieken l'admet et qu'il a donné trop d'extension à l'idée de la dyscrasie goutteuse. Un grand nombre de ces affections que l'auteur lui attribue ne serait-il pas dû plutôt à la dyscrasie scrofuleuse? Il est vrai que M. Kortum (*Commentarius de vitio scrofuloso*, Lemgov., 1789-1790) est d'avis que les scrofules dépendent souvent d'une arthritis héréditaire, mais cette opinion est trop peu fondée pour pouvoir faire autorité.

D'où vient-il, enfin, que l'arthritis étant si commune, la prédisposition dont il s'agit est si rare. Ne devrait-on pas s'attendre à la voir beaucoup plus fréquente? Et puis quelque intime que soit la liaison de l'arthritis avec le système vasculaire, nous ne sachons pas qu'on lui ait jamais attribué une action particulière sur la plasticité du sang, tendant à la diminuer. L'hématose n'est elle pas, dans ce cas, généralement trop riche, trop surchargée de sels, et de principes nutritifs. Du reste, en exprimant nos doutes à l'égard de cette théorie, nous ne voulons nullement affirmer qu'elle soit erronée. Nous disons seulement qu'elle mérite confirmation. Telle est, au reste, l'opinion du docteur Rieken lui-même qui termine son mémoire par ces mots aussi judicieux que modeste : « Des essais répétés dans un grand nombre de cas peuvent seuls déterminer si mes opinions sur la possibilité d'une cure radicale sont vraies ou fausses. En conséquence, je prie les observateurs de cas analogues de soumettre ma théorie à l'épreuve de la pratique et de faire part de leur expérience au public médical. »

G. Hartwig,
Docteur en médecine, philosophie et lettres.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

OBSERVATION D'ENCÉPHALOCÈLE,

SUITE DE FRACTURE DU CRANE, ET QUI A DONNÉ LIEU A PLUSIEURS RAPPORTS JUDICIAIRES CONTRADICTOIRES,

Par M. DELAHAYE,

Docteur en médecine, membre résidant.

Le 30 novembre, le nommé Van Sevenhandt, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, habitant une petite ville à trois lieues de Bruges, reçut, dans une rixe, un coup de bêche à la tête; il put néanmoins se relever et se rendre chez lui, à une distance de quelques centaines de pas. Peu d'heures après il fut examiné par deux praticiens de l'endroit, qui reconnurent les désordres suivants : engourdissement du bras gauche, dont les mouvements sont gênés, par intervalle, mouvements convulsifs de l'avant-bras et du poignet du même côté. Le malade peut sortir du lit et marcher; les fonctions intellectuelles ne sont pas notablement lésées, et le malade paraît calme. A la tête une plaie située vers le milieu du pariétal droit, de la longueur de deux pouces et demi sur un pouce et demi de largeur; le crâne y est enfoncé et divisé en esquilles, parmi lesquelles se trouvent entremêlés des débris de substance cérébrale.

Requis par la justice trois jours plus tard, pour examiner le blessé, conjointement avec mon collègue M. le docteur Verté, nous avons reconnu les mêmes désordres, et de plus du délire, de la fièvre, des mouvements convulsifs plus généraux s'étendent à la face et à la jambe. Dans l'absence des chirurgiens traitants, la plaie ne fut pas examinée par nous ce jour-là, mais seulement le 8 décembre.

Alors, à travers l'ouverture du crâne et de la dure-mère, une portion de cerveau de la longueur de deux pouces et de la largeur d'un pouce, faisait saille au dehors, et était étranglée par

les bords déchirés de la dure-mère, de manière à dépasser circulairement de plusieurs lignes l'ouverture de cette membrane. Sur cette portion de cerveau ainsi étranglée était appliquée une plaque mince d'argent, dans l'intention de la faire rentrer et d'empêcher sa sortie ultérieure.

Le malade, au moment de cette visite, était dans un instant de calme; intégrité des fonctions intellectuelles, de la vue, de l'ouïe, et de la parole; seulement paralysie du bras et de la jambe gauche. Toutefois cet état favorable n'était que momentané; souvent survenaient des convulsions générales, et la veille encore, celles-ci avaient été si fortes qu'elles avaient fait craindre pour les jours du malade.

C'est dans ces circonstances que mon collègue et moi, nous avons cru devoir rejeter du pansement l'application de la plaque d'argent, et conseiller un pansement simple au moyen d'un linge fin et fenêtré, des plumasseaux de charpie puis de la charpie molle et une compresse carrée, le tout maintenu par un bandage roulé.

Trois jours se passent, et les chirurgiens traitants nous font connaître que l'état du malade est beaucoup empiré, que la tumeur cérébrale est considérablement augmentée depuis la suppression du moyen compressif, ils croient devoir attribuer ces changements à cette suppression, et ils demandent nos avis ultérieurs dans ce cas extrême.

Le juge d'instruction, averti de ces circonstances, requiert aussitôt un autre praticien de Bruges, afin d'examiner le blessé et de lui faire connaître son opinion sur l'état des choses. Celui-ci déclare qu'il partage l'opinion des chirurgiens traitants et il attribue à la suppression du moyen compressif le même résultat. Sans être requis cette fois, nous nous sommes rendus de nouveau auprès du malade, et nous avons constaté l'état suivant : tous les symptômes s'étaient exaspérés; chaleur âcre de la peau, pouls très-fréquent, soubresauts des tendons, assoupissement continuel, dont on pouvait cependant encore tirer le malade, qui même répondait alors à nos questions, poussait la langue...; la tumeur cérébrale avait considérablement augmenté de volume, et était dans un état de ramollissement tel qu'il ressemblait à une bouillie diffluente. D'autres matières en déliquium, et où

on pouvait également reconnaître la structure cérébrale, étaient en outre sorties de l'ouverture crânienne, et étaient répandues à l'entour de la plaie. Malgré les changements survenus à la tumeur herniée, sa forme étranglée se faisait toujours remarquer, et un pédicule également étroit supportait une tumeur beaucoup plus considérable.

Nous jugeâmes l'état du malade au-dessus de toutes les ressources de l'art, et trois jours après, nous avons procédé à l'autopsie cadavérique en présence de MM. le procureur du roi et juge d'instruction et des trois praticiens dissidents. Le résultat suivant, extrait du procès-verbal dressé sur les lieux, a été reconnu exact par trois collègues et signé par deux d'entre eux.

« Nous avons trouvé sur la partie droite et supérieure de la tête, une plaie de plusieurs pouces d'étendue, formée aux dépens du cuir chevelu, et du pariétal droit, au centre de laquelle était une tumeur molle, considérable, putride, composée de substance encéphalique altérée, et inondée d'un pus sanguinolent. La voûte du crâne, dénudée des parties molles, a été divisée par une coupe de scie circulaire; une incision faite à la dure-mère, qui couvre la base de l'hémisphère droit, a fait jaillir un jet de sérosité roussâtre, amassée entre cette membrane et la surface du cerveau : à cet endroit, cette membrane paraissait noire et gangrénée dans plusieurs pouces d'étendue. L'hémisphère droit incisé horizontalement, a présenté dans ses deux tiers moyens, depuis la scissure de Sylvius en avant, jusqu'à un pouce de sa superficie en arrière, un ramollissement et une inflammation considérable, mais différemment nuancée. Le tiers le plus voisin de la plaie extérieure n'était plus qu'un détritus organique où il était devenu difficile de reconnaître la substance cérébrale, tant elle était dénaturée; les deux autres tiers ramollis offraient une teinte rougeâtre, due au sang qui l'engorgeait. Cette teinte, ainsi que la différence de consistance, s'arrêtait tout à coup, et s'isolait parfaitement, dans tous les sens, du reste de la substance restée saine. »

Suit la description de la lésion du crâne, qu'il serait inutile de rapporter ici en détail.

Les conclusions, qui terminèrent notre rapport, furent posi-

tives : la mort fut attribuée par nous aux graves désordres trouvés dans les organes encéphaliques; ces désordres à l'action de la violence extérieure, et la blessure fut déclarée *nécessairement mortelle.* Nos antagonistes, comme nous l'avons dit, signèrent avec nous le résultat cadavérique, mais persistèrent dans leur opposition quant à la cause de la mort, et firent suivre le rapport par la phrase suivante : *qu'ils croyaient devoir ajouter : que les symptômes aggravants, qui d'ordinaire, dans des cas pareils, surviennent du deuxième au troisième jour, ne sont survenus ici que du dixième au onzième; et qu'il n'est pas impossible que l'aggravation de ces symptômes, après onze jours de bien-être, ne soit due à quelque cause latente.*

Les juges, incapables de décider d'une question purement médicale, s'en rapportèrent à la majorité, et adoptant leur opinion plutôt que la nôtre, ils écartèrent la question de meurtre, et classèrent la blessure parmi celles qui devaient seulement occasionner une incapacité de travail de plus de vingt jours.

Ainsi un même fait a donné lieu à des opinions tout à fait contradictoires : nous avons soutenu que la compression, sur cette portion du cerveau herniée ne pouvait qu'être nuisible; nos antagonistes ont soutenu qu'elle était nécessaire. De quel côté est la vérité? c'est ce que nous allons examiner, non seulement pour ce qui regarde le cas de Van Sevenhandt, mais pour la compression en général, dans l'encéphalocèle par fracture du crâne.

D'abord, en présence des graves désordres qu'a révélés l'autopsie, il ne faut pas chercher bien loin la cause de la mort; cette cause est toute dans la lésion cérébrale et la cause *latente* de nos adversaires ne mérite pas une réfutation sérieuse. Tous les auteurs qui ont traité des maladies cérébrales, et M. Lallemand en particulier dans ses *Lettres sur l'encéphale,* n'ont-ils pas relaté une multitude de faits, où une lésion, beaucoup moins grave a entraîné la mort du sujet?

Y a-t-il quelque difficulté à expliquer comment il a pu se faire que le blessé a eu des moments de calme jusqu'au dixième jour? Le même M. Lallemand rapporte beaucoup de cas où cette

trompeuse apparence a durée plus longtemps. Ainsi, dans la dixième observation de sa troisième lettre, on voit un malade, qui, à la suite d'un coup de feu au-dessous de la bosse pariétale droite, perdit connaissance pendant quelque temps, se remit ensuite; mais au huitième jour, il eut des symptômes de compression, qui nécessitèrent l'opération du trépan, par laquelle on parvint à extraire plusieurs fragments d'os et une balle. Pendant *trois semaines* après l'opération, la convalescence marcha sans accidents, au point que le malade sortit de l'hôpital, et resta encore *quinze jours* sans rien ressentir. Alors seulement commencèrent les symptômes auxquels il succomba en peu de temps. On trouva à l'autopsie une inflammation de la dure-mère et de l'arachnoïde des deux côtés; dans l'hémisphère droit, la substance cérébrale était ramollie, réduite en une espèce de putrilage semblable, pour la consistance, à de la bouillie, d'une odeur très-fétide, d'une couleur jaune grisâtre, on ne pouvait plus distinguer la substance grise des circonvolutions de la substance blanche du centre ovale.

Bien plus, dans un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Paris,* on trouve l'observation d'un homme qui fit une chute sur la tête à 19 ans; il se porta bien ensuite, se maria, *après* 26 *ans* de bonne santé; sauf quelques légères indispositions, il eut un torticolis avec gonflement du cou et de tout le membre de ce côté, ce qui nécessita une saignée. Bientôt survinrent des symptômes de fièvre, que l'on regarda comme une fièvre érysipélateuse de mauvais caractère, avec signes de compression du cerveau. Il succomba après huit jours de maladie. A l'autopsie on trouva dans l'hémisphère droit un abcès formant une cavité de trois pouces cubes, dans laquelle la portion cérébrale était convertie en une sanie brune foncée, et on y vit nager une lame d'os d'un demi pouce carré, nullement cariée. Dans la fosse de la dure-mère, il se trouvait encore deux éclats d'os semblables au premier, mais moins grands, et plusieurs autres petites esquilles. La face interne du coronal offrit une suite de cicatrices, etc.

Faut-il donc s'étonner que Van Sevenhandt ait eu des moments de calme jusqu'au dixième jour, et où nos confrères ont-

ils été chercher que c'est au deuxième jour que dans ces cas les symptômes graves surviennent?

Maintenant, cette lésion si grave quand a-t-elle commencé? quelle est la cause qui l'a produite? et quelle a pu être l'influence de la compression ou de la non compression sur son développement?

Évidemment le cerveau violemment meurtri par le coup de bêche, preuve les débris de substance cérébrale trouvés dans la plaie au moment du premier pansement, le cerveau s'est enflammé, cette inflammation ne s'est pas arrêtée un instant, elle s'est propagée profondément dans l'organe; l'inflammation a produit un gonflement de la substance cérébrale, ce gonflement, réprimé dans tous les sens par la boîte du crâne, excepté à l'endroit de la fracture, y a poussé une portion de cerveau à travers l'ouverture, et a ainsi formé la hernie. Or, que pouvait faire la compression de cette portion herniée sur l'inflammation intérieure du cerveau cause de tous les désastres, si ce n'est l'augmenter? De plus nous avons dit, qu'au moment ou nous avons déconseillé la compression, la tumeur était étranglée par les bords de la dure-mère déchirée, de manière qu'elle dépassait de plusieurs lignes l'ouverture de cette membrane, et même l'ouverture du crâne. La compression ne tendait donc pas à faire rentrer la tumeur, celle-ci se trouvait pressée dans une partie de son étendue entre la plaque métallique et les bords osseux : il n'en pouvait donc résulter qu'une irritation de cette partie qui devait encore ajouter à l'irritation déjà existante et la propager au reste du cerveau. Que si le volume de la tumeur s'est accru après la suppression de la plaque comprimante, cela n'a eu aucun résultat sur les suites de la maladie, et l'exaspération des symptômes en ce moment est une pure coïncidence, ces symptômes devant être imputés à la lésion intérieure, et devant avoir lieu, malgré tout moyen curatif.

Une observation déjà ancienne de Delapeyronnie et rapportée par Quesnay, dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, contient un fait de fracture du crâne, dans lequel « il survint, » dit Guernay, un gonflement du cerveau, qui excédait l'ou- » verture du crâne en dehors *malgré l'appareil qui s'y opposait;*

» ce gonflement fut accompagné d'un dégorgement ou d'une » suppuration si prodigieuse, qu'elle fit périr le blessé en peu » de temps. Il semble par la quantité de matière qui était sortie, » que la moitié du cerveau s'était échappée en forme de bouillie » dans cette suppuration. M. Delapeyronnie ouvrit la tête de ce » jeune homme après la mort; il fut surpris de trouver que la » déperdition de substance du cerveau ne répondait pas à beau- » coup près à ce qui paraissait en être sorti; il comprit de là, » continue Quesnay, que cette substance n'avait pas à beaucoup » près fourni toute la matière de ces grandes suppurations; » et que les sucs qui l'abbreuvaient en avaient formé la plus » grande partie. »

Il faut se rappeler ici que du temps de Delapeyronnie, l'on n'avait pas sur le ramollissement cérébral les connaissances que l'on possède aujourd'hui, et il est évident que cette altération est passée ici inaperçue malgré l'exactitude de l'observateur. Nul doute donc que dans le cas de Van Sevenhandt, comme dans le cas observé par Delapeyronnie, la compression non-seulement ne pouvait empêcher l'issue fatale, mais pouvait même être nuisible.

Que ce moyen thérapeutique est du reste irrationnel non-seulement dans ce cas, mais dans tous les cas d'encéphalocèle par fracture du crâne, cela ressort de la théorie même, sur laquelle on l'a voulu fonder.

Voici comment Fabre, partisan de la compression, exposait autrefois cette théorie. « La substance molle et pulpeuse du cerveau le rend extrêmement susceptible de se gonfler par l'impulsion seule des fluides : dans l'état sain, le crâne et la dure-mère s'opposent à ce gonflement; mais lorsque ces barrières ont été détruites, le cerveau ne résiste point à la force qui tend sans cesse à le dilater, et dans certaines circonstances, on voit que la substance se gonflerait au point de surmonter les bords de l'ouverture du crâne, si l'art ne s'y opposait (1). »

Mais aujourd'hui une telle théorie est-elle encore admissible? Qui ne voit que Fabre s'en est laissé imposer ici, et que ce qu'il

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie,* tome XI, page 163.

a pris pour un état normal, n'est qu'un état pathologique? Jamais, ni dans les expériences sur les animaux vivants, ni dans les opérations sur l'homme, où l'on doit mettre le cerveau à nu, l'on ne voit cet organe se dilater et chercher à se frayer un passage à travers les ouvertures du crâne, lorsqu'il est exempt de tout travail morbide. Ce n'est donc que l'inflammation qui amène le gonflement, cause de la hernie cérébrale, et ce n'est non plus qu'à combattre l'inflammation que tous nos moyens curatifs doivent être dirigés; et si la compression loin d'avoir cette tendance, tend au contraire à l'augmenter, un tel moyen doit être banni du traitement.

Pour achever notre démonstration, l'on nous saura gré de rapporter ici l'opinion de M. le baron Larrey dont l'autorité est de quelque poids dans cette matière. Voici comment cet auteur s'exprime dans sa *clinique chirurgicale* (1) : « Les auteurs ont aussi conseillé de comprimer ces tumeurs, et quelques-uns ont proposé, à cet effet, des lames de plomb.

Cette méthode, ainsi que l'application des liqueurs alcooliques et astringentes, peuvent déterminer des accidents, en augmentant l'irritation et en troublant l'exercice des propriétés vitales de la portion du cerveau avec laquelle elles sont en contact.

Quelle doit donc être la conduite du chirurgien dans le cas d'encéphalocèle formé à travers une déperdition de substance accidentelle aux os du crâne?

Il importe d'abord d'observer que la hernie volumineuse du cerveau est l'un des accidents les plus fâcheux qui accompagnent les plaies de tête, et qu'il est rare que les individus qui en sont atteints, y survivent.

Le développement de ces hernies suppose une exaltation extrême de l'irritabilité de la pie-mère, des vaisseaux cérébraux, et une inflammation profonde dans l'organe même de l'encéphale, auxquelles il est difficile, pour ne pas dire impossible, de remédier. Encore les moyens ordinaires que l'on conseille pour les réprimer, loin d'être favorables à leur rentrée, ne font

(1) Tome I, page 268.

que développer les causes de ces exubérances. Nous avons vu périr tous les blessés pour lesquels on avait mis ces moyens en usage : un seul, chez qui la hernie était peu volumineuse, et pour lequel le traitement fut dirigé de la manière simple dont nous allons parler, échappa aux accidents que nous avons décrits : la tumeur rentra graduellement, et le malade fut conduit à la guérison.

Ce traitement consiste à appliquer sur la portion cérébrale sortie un linge fin fenêtré, trempé dans de l'huile de camomille légèrement camphrée, et à porter principalement les vues sur les causes d'excitation intérieure, et d'irritation mécaniques externe. Dans cette intention il faut faire, avec les précautions convenables, et autant que possible, l'extraction de tous les corps étrangers; préserver les parties lésées du contact de l'air extérieur, et prescrire un régime antiphlogistique; enfin faire le pansement avec beaucoup de douceur, et de manière que l'appareil n'exerce aucune espèce de pression sur les parties sensibles.

Lorsque l'encéphalocèle est susceptible de réduction, la nature, ainsi favorisée, l'opère graduellement, et la portion du cerveau rentre en entier dans l'intérieur du crâne, à l'instar de l'épiploon, qui s'est échappé par une plaie du bas ventre.

—

Rapport sur l'observation précédente (1).

L'observation de M. Delahaye nous offre un cas de médecine légale qui se rapporte à des questions importantes de la pathologie et de la thérapeutique des lésions traumatiques de la tête.

Ainsi que l'indiquent les détails de cette observation, une divergence d'opinion s'est élevée entre les différents praticiens qui ont visité le malade, d'abord à l'égard de l'époque d'apparition des symptômes graves de l'inflammation cérébrale, et ensuite au sujet de l'application des moyens compressifs sur l'encéphalocèle traumatique.

Quant au premier point de dissidence, celui qui se rapporte à

(1) MM. Verriest, Vansteenkiste, *commissaires*, et Wemaer, *rapporteur*.

l'époque d'invasion des symptômes graves, vos commissaires, MM., d'accord avec l'auteur de l'observation, pensent qu'on ne saurait déterminer aucune époque fixe à laquelle ces symptômes doivent survenir.

Leur apparition tardive est prouvée par les faits que rapporte M. Delahaye et les observations qui confirment ce point de la science abondent dans les écrits sur la pathologie cérébrale. Dans son *Traité complet de chirurgie* (Paris, 1732), Delamotte rapporte, entre autres, une observation (c'est la 150e de son ouvrage) dans laquelle on voit une plaie de tête ne donner lieu, pendant trois semaines, à aucun accident sérieux. Au bout de ce temps, il survient des symptômes graves et promptement mortels; à l'autopsie, on trouve, à l'endroit de la lésion externe, un foyer de pus dans le cerveau et une inflammation considérable des méninges.

Lallemand, dont M. Delahaye a cité quelques observations, en rapporte d'autres (3e lettre, n° 26 de ses *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*), qui nous paraissent surtout importantes à signaler parce qu'elles concernent des encéphalocèles traumatiques comme le cas de Vansevenhandt. Dans la première observation du professeur de Montpellier, le malade, pendant les trente-six jours qui se passent depuis l'accident jusqu'à la mort, n'éprouve aucune altération de la raison ni des fonctions en général : il n'est atteint que deux ou trois fois de mouvements convulsifs et d'une paralysie à gauche, qui exista dès le début. Dans une seconde observation, c'est le onzième jour qu'on voit survenir les symptômes graves, comme cela s'est observé chez Vansevenhandt. Dans un troisième cas, ces symptômes fâcheux arrivent le huitième et le dixième jour. — Dans son excellent article sur l'encéphalite (*Dict. de méd.*, en 25 vol., 2e éd., Paris, 1835), le docteur Calmiel rapporte également plusieurs faits d'encéphalite traumatique où l'on voit les symptômes graves survenir tantôt sept jours, tantôt quinze jours, une autre fois six jours, etc., après la blessure. Il est inutile de multiplier ces citations. On sait, d'ailleurs, combien les pathologistes insistent sur la forme insidieuse que revêtent souvent les inflammations cérébrales, alors que les symptômes graves apparaissent à une époque éloignée du début de la maladie et que celle-ci présente de trompeuses apparences de bénignité pendant une période plus ou moins longue de son cours. Toutes les données scientifiques concourent donc à démontrer qu'on ne peut fixer aucune époque précise pour l'apparition des symptômes graves des inflammations cérébrales traumatiques ; et le résultat de tous ces faits et d'une multitude d'autres, répandus dans les annales de la science, donne un démenti manifeste et complet à la déclaration médico-judiciaire des antagonistes de M. Delahaye.

Bien loin que les symptômes aggravants dont parlent ces médecins, surviennent du deuxième au troisième jour, il est des observations en grand nombre où de semblables symptômes ne se sont pas du tout manifestés. Et quoique le cas de Vansevenhandt, comme tous ceux que nous avons lus dans les auteurs sur les encéphalocèles traumatiques, nous paraissent de sa nature mortel, néanmoins, nous sommes d'avis que la gravité des symptômes doit être, ici surtout, attribuée à l'état d'étranglement de la hernie cérébrale par les bords déchirés de la dure-mère, étranglement qui a principalement occasionné les graves désordres inflammatoires et gangréneux qu'on a rencontrés à l'autopsie.

Maintenant, à l'égard du deuxième point de dissidence, celui qui se rapporte à l'application des moyens compressifs sur l'encéphalocèle traumatique, nous partageons également et complétement la manière de voir de M. Delahaye, qui est, d'ailleurs, celle de tous les médecins et chirurgiens instruits. M. Delahaye prouve, par une longue et judicieuse critique, que ces moyens de compression ne peuvent être que nuisibles dans un cas de hernie enflammée du cerveau.

« C'est l'inflammation, dit-il, qui amène le gonflement, cause de la » hernie cérébrale et ce n'est non plus qu'à combattre l'inflammation » que tous nos moyens curatifs doivent être dirigés. »

Cette théorie se trouve exposée dans les lettres du professeur Lallemand sur l'encéphale, avec tout le talent et la judicieuse sagacité qu'on lui connaît. « Le cerveau, dit-il (lettre 3e, n° 26, § VII), peut être à » nu pendant deux, trois et même cinq jours (observation de Work- » man, § IV), sans se montrer au dehors. C'est au moment où se dé- » veloppe la congestion sanguine locale, inséparable de l'état inflam- » matoire, que commence cette turgescence extraordinaire qui produit » le boursoufflement du cerveau, et son expulsion du crâne, sous » forme de fongus. Toutes les fois, ajoute-t-il plus loin, qu'on a voulu » s'opposer à l'issue du cerveau, dans des cas analogues, les malades » sont tombés dans un état comateux, ont perdu l'intelligence et les » symptômes sont devenus tellement graves, qu'on a bientôt été forcé » de le laisser sortir librement. Je me dispense, ajoute-t-il encore, de » citer des exemples parce qu'ils abondent dans les annales de la chi- » rurgie. » La logique des faits se joint donc à celle de la théorie pour condamner hautement l'application des moyens compressifs sur l'encéphalocèle traumatique. Quel est le médecin instruit et observateur qui, dans un cas analogue à celui de Vansevenhandt, au lieu d'employer la compression, ne dirigerait pas toutes les ressources de la thérapeutique médicale et chirurgicale dans le but de modérer le travail inflammatoire si violent dont les méninges et le cerveau se trouvaient atteints, à faire cesser surtout cet étranglement, cause active et

permanente d'une inflammation qui produit à la fois la gangrène des membranes et le ramollissement si étendu de l'organe qu'elles revêtent? Nous pensons, messieurs, qu'il n'est aucun médecin qui, dans l'état actuel de la science, ne dût suivre une pareille conduite.

L'importance, qui s'attache nécessairement à un cas de médecine légale nous a engagés dans des remarques étendues sur le travail de M. Delahaye. En résumé, messieurs, ce travail nous paraît offrir un grand intérêt sous les différents points de vue que nous avons signalés et nous vous en proposons l'insertion dans les Annales de la Société.

Bruges, le 4 avril 1840.

—

OBSERVATION D'UN CALCUL URINAIRE EXTRAIT DU CANAL DE L'URÈTRE CHEZ UN ENFANT DE DEUX ANS;

Par J. JACQUES;

Docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, membre effectif de la Société de médecine d'Anvers, membre correspondant des Sociétés de médecine de Gand et de la Société médico-chirurgicale de Bruges, médecin de l'établissement des aliénés de la ville d'Anvers, etc.

Le 5 novembre 1839, je fus demandé en toute hâte chez la famille N... pour donner mes soins à un petit garçon âgé de deux ans, qui depuis une heure jetait à tout moment des cris perçants.

A mon arrivée, qui fut immédiate, je trouvai cet enfant en proie à la plus grande souffrance. La verge se trouvait dans une forte érection, gonflée, et son extérieur d'une couleur brunâtre, absolument comme si une constriction avait été exercée sur elle. Le contour de l'orifice de l'urètre était rouge comme dans certaines blennorrhagies, l'émission de l'urine impossible; cependant la vessie n'était pas très-distendue.

Je fis placer le petit malade dans un bain tiède et je revins le voir une demie heure après ma première visite. L'érection de la verge était plus considérable encore, cette partie était plus fortement gonflée, recourbée, et le prépuce tellement œdématié qu'il me fut impossible de découvrir l'orifice de l'urètre. En comprimant le pénis sur le trajet du canal, on sentait une fluctuation, causée par la présence de l'urine que le gonflement du

prépuce empêchait de sortir. J'introduisis une bougie, et à peine entrée dans le canal, un jet d'urine sortit à l'entour de cet instrument; j'arrivai facilement dans la vessie, mais aussitôt l'émission de l'urine n'eut plus lieu. Inutilement j'essayai d'introduire une sonde creuse, bien qu'elle fût d'un petit calibre, cela me fut entièrement impossible. Renouvelant alors mes tentatives avec une sonde pleine, je remarquai avec surprise, qu'en introduisant et en retirant alternativement cet instrument, l'évacuation de l'urine eut lieu par bonds et avec force. Croyant dès lors qu'un obstacle physique à l'émission de l'urine devait exister à l'extrémité vésicale de l'urètre, je continuai ces mouvements alternatifs de va et vient, et bientôt je sentis entre mes doigts, tout près du scrotum, un corps dur, que l'introduction d'un stylet boutonné me fit reconnaître pour un calcul. Au moyen d'une compression exercée avec les doigts, d'une manière graduelle, de la partie prostatique vers la partie glandulaire de l'urètre, je parvins, non sans peine, à pousser le calcul vers l'issue du canal. Arrivé près du gland, il me fut impossible de le faire avancer plus loin; d'une main je fixai ce corps immobile et de l'autre j'introduisis le stylet boutonné jusqu'au delà de sa place : fixant ainsi le calcul entre le stylet et le pouce de la main gauche, je fus assez heureux pour le faire rouler sur lui-même jusqu'à quelques lignes de l'orifice urétral. Alors il était assez facile de le saisir au moyen d'une pince à dissection et de l'amener au dehors. Sa sortie fut accompagnée d'un suintement sanguin, que je crois devoir attribuer à une petite déchirure de l'orifice de l'urètre.

Un cataplasme résolutif, composé de farine de graine de lin et d'eau de goulard, fut appliqué sur la verge, et le surlendemain le petit malade était complétement guéri.

Le calcul avait la forme d'un pois ordinaire un peu aplati, son plus grand diamètre était de trois lignes, son épaisseur d'une ligne et demie.

Cette observation m'a paru offrir quelque intérêt sous le rapport de l'érection de la verge.

Aucun auteur, à ce que je sache, n'a encore signalé cette érection comme signe de la présence d'un calcul dans le canal

de l'urètre. Le gonflement du membre viril donne lieu de croire que le calcul était fortement enchassé dans l'extrémité vésicale du canal; la sortie de l'urine par les mouvements alternatifs de la sonde confirme d'ailleurs cette opinion. En effet, poussant avec le bout de cet instrument contre le calcul, on changeait ses rapports avec l'urètre, et chaque fois on permettait à une nouvelle colonne d'urine de s'y introduire. La quantité de ce liquide restée dans la vessie exerçait ainsi une forte pression sur le calcul, le forçait à s'avancer dans le canal dès qu'il n'était plus soutenu par la sonde. Cette dernière particularité mérite d'être notée parce qu'elle peut, dans maintes occasions, remplacer la succion conseillée par quelques auteurs, et qu'il est si difficile de faire exécuter.

Il est évident, du reste, que c'est à elle qu'on doit attribuer une grande part dans l'heureuse issue de cette maladie.

Le volume du calcul, comparé à la capacité du canal chez un enfant de deux ans, prouve combien ce canal est dilatable, et combien il doit être rare que son incision soit rigoureusement nécessaire pour en retirer une pierre, surtout quand on procède avec prudence et lenteur à son extraction, et qu'il n'est pas d'une forme trop rugueuse.

L'observation est encore importante pour faire voir combien il faut être prudent en pareilles circonstances lorsqu'on sonde le malade, car rien ne serait plus facile que de repousser la pierre dans la vessie et d'exposer à toutes les conséquences d'une opération grave.

Anvers, le 12 novembre 1859.

—

Rapport sur l'observation de M. le docteur Jaques (1).

Messieurs,

Par la lecture que vous venez d'entendre de l'observation adressée à notre Société par M. le docteur Jaques, d'Anvers, vous avez pu vous

(1) MM. Demeyer, *commissaire*, et Rays, *rapporteur*.

convaincre qu'elle laissait beaucoup à désirer pour l'intelligence du fait. Il nous importait de connaître : 1° la grosseur de la bougie avec laquelle il est parvenu jusque dans la vessie. Remplissait-elle le canal de l'urètre, ou laissait-elle assez d'espace entre elle et les parois du conduit pour qu'un corps étranger pût s'y loger? 2° où se trouvait l'obstacle qui s'opposait à l'introduction de la sonde creuse? 3° en introduisant et en retirant alternativement une sonde pleine l'urine sortait par bonds; dans quelle portion du canal ce phénomène avait-il lieu? 4° le corps dur, qui fut reconnu seulement après ces manœuvres, n'y existait-il pas déjà antérieurement?

Au reste, voici comment nous pouvons nous expliquer ce qui s'est passé dans cette circonstance : Le calcul ayant pénétré dans la portion prostatique de l'urètre, sa présence dans cet endroit a produit des contractions de la vessie, qui par l'intermédiaire de l'urine ont forcé le corps étranger à descendre jusque dans la portion membraneuse, où il se sera arrêté comme cela se voit dans la majorité des cas; c'est là probablement qu'il aura déterminé tous les accidents dont M. Jaques a été témoin à son arrivée près du petit malade. En effet, comment se rendre compte de tous ces phénomènes si, comme le pense le praticien, le calcul se trouvait placé vers l'orifice vésical de l'urètre? Tout ce qu'il pouvait produire alors, ce nous semble, devait se borner à la rétention de l'urine dans la vessie, ou au moins à la difficulté de sa sortie. Au contraire, la pierre une fois engagée plus avant dans le canal, comme nous le supposons, il devient facile d'expliquer l'érection, le gonflement, la rougeur de la verge, l'œdème du prépuce et le phimosis qui en a été la suite; car ici le corps étranger devait agir non-seulement comme obstacle mécanique au retour du fluide en circulation dans la verge, mais encore déterminer un certain degré d'excitation dans les plexus nerveux de cette partie susceptible de produire l'érection.

Le phimosis ayant rompu le parallélisme qui existe naturellement entre l'ouverture du canal de l'urètre et celle du prépuce, comme cela s'observe parfois dans les blennorrhagies intenses, l'urine passant entre le calcul et les parois du canal s'est accumulée entre le prépuce et le gland. L'introduction de la bougie a donné issue à ce liquide, cet instrument arrivé au calcul l'a fait basculer et est allé librement jusque dans la vessie; chose qui n'aurait pas pu se faire si le calcul s'était trouvé engagé dans la portion prostatique, vu le peu d'extensibilité de cette partie. En retirant la bougie, une colonne d'urine s'est lancée à sa suite, a fait reprendre au calcul sa position transversale, l'a poussé plus avant dans le canal, et c'est alors sans doute que l'on a pu le sentir près du scrotum. Il a continué à cheminer, et chaque fois que, par les mouvements de la sonde, on changeait ses rapports avec

le canal, une certaine quantité d'urine s'écoulait; arrivé dans la fosse naviculaire il y a de nouveau été arrêté de la même manière qu'il l'avait été d'abord dans la portion membraneuse.

La plupart des auteurs ont dit que la présence du calcul dans l'urètre rendait les érections douloureuses par suite de l'excitation que sa présence y déterminait, mais aucun n'a donné ce signe comme pathognomonique et nous pensons que c'est avec raison, car cette érection est toute physiologique, et dépend de la manière dont le canal est influencé par le corps étranger.

Le parti que l'on peut tirer de la pression de l'urine est connu depuis longtemps, puisque dans la plupart des ouvrages sur la matière on trouve le conseil de comprimer la verge au-devant de l'endroit où siége le calcul, afin d'obtenir par ce moyen l'élargissement du canal.

La dilatation du conduit en question a été constatée dès les temps les plus reculés. C'est ainsi que nous trouvons, dans Prosper Alpin, que les Égyptiens se servaient de sondes en bois pour faciliter la sortie des calculs volumineux ; ils furent imités par les Arabes; Ledran conseille des cordes à boyaux ; Boyer se servait d'une série de sondes en gomme élastique; de nos jours nous avons les sondes de Mayor, qui l'emportent de beaucoup sur les moyens dilatatoires connus antérieurement.

En réponse au dernier paragraphe de l'observation de M. Jaques, nous dirons qu'en supposant la pierre arrivée dans la portion membraneuse, comme cela se rencontre communément, il serait assez difficile de la repousser dans la vessie, à cause de la crête que forme le veru-montanum dans l'excavation prostatique, et qui s'oppose souvent à l'introduction des sondes dans la vessie. Au surplus la prudence doit être constamment le guide du véritable médecin.

Nous concluons à ce que la Société vote des remercîments à M. le docteur Jaques, qu'elle lui accorde le titre de membre correspondant et qu'elle le prie de continuer à nous communiquer ses observations.

—

SUR QUELQUES OPÉRATIONS DE HERNIES, COMPLIQUÉES D'ACCIDENTS GRAVES, ET PRATIQUÉES PAR M. LE Dr DEMEYER.

Observations recueillies par MM. VANSTEENKISTE et CLAEYSENS.

Dans l'opération des hernies étranglées, la première indication à remplir, lorsqu'on a surmonté l'étranglement, est de réduire les organes contenus dans le sac herniaire, si toutefois ils n'of-

frent aucune altération. Cependant dans l'épiplocèle et l'antéro-épiplocèle d'un grand volume et qui existent depuis longtemps, il est souvent impossible de réduire l'épiploon, alors même qu'il est sain et sans adhérences.—Pour obvier à cette complication, les auteurs ne sont nullement d'accord sur la conduite que l'opérateur doit suivre. Les uns conseillent de renverser l'épiploon sur le ventre et de le couvrir d'un léger pansement, disant que, par la position horizontale du malade, le retour de l'estomac et de l'arc du colon dans leur situation respective, cette membrane rentre peu à peu dans la cavité abdominale. — Les autres proposent de mettre une forte ligature sur l'épiploon soutenant qu'ainsi la gangrène s'en empare et fait tomber spontanément ce qui ne pouvait être réduit. — D'autres veulent qu'on coupe avec des ciseaux la portion irréductible et qu'on procède immédiatement à la réduction de celle qui peut rentrer, sans craindre qu'il survienne une hémorrhagie. Sans blâmer cette opinion, elle ne nous paraît pas toujours admissible puisqu'il est des cas où il survient des hémorrhagies comme l'observent plusieurs auteurs qui conseillent alors de toucher les artères coupées avec des styptiques.

Il y a des auteurs qui ne partagent ni l'une ni l'autre de ces deux opinions et qui appliquent une ligature sur chaque vaisseau en état de fournir une perte sanguine inquiétante, et qui alors ne réduisent pas la portion restante. Enfin, il y a des praticiens qui ont recommandé d'appliquer une ou plusieurs ligatures au-dessus de la partie qu'on veut enlever et de réduire ensuite la portion d'épiploon restante en ayant la précaution de porter les chefs des ligatures vers l'angle supérieur de la plaie. Sans entrer dans d'autres commentaires sur ces différents procédés, nous dirons que dans les observations suivantes nous avons vu cette dernière méthode couronnée d'un plein succès, avec cette seule modification que la portion épiploïque restante n'a pas été réduite.

Obs. I. — Le 7 février 1839, mademoiselle N...., âgé de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution et d'un embonpoint extraordinaire, souffrait depuis six jours d'une constipation, pour laquelle elle avait réclamé les secours de l'art. Son médecin,

sachant qu'elle portait depuis nombre d'années une exomphale, l'examina, et voyant que cette hernie était facile à réduire, prescrivit un purgatif, qui ne fit aucun effet. Le lendemain, il ordonna un lavement, qui fut répété vers le soir et toujours sans produire d'évacuation.

Le surlendemain, une nouvelle exploration lui fit connaître que la malade portait à l'aine droite une seconde hernie irréductible qu'elle avait cachée jusqu'à ce moment, accident qui nécessita une consultation avec le chirurgien de la maison dans la journée du 10. Le taxis fut pratiqué sans succès; des frictions avec la pommade de belladone, des cataplasmes émollients, un lavement avec le sulfate de soude et un bain tiède de trois quarts d'heure ne soulagèrent en aucune manière la malade.

Dans l'après-dîner du même jour, elle offrait les symptômes suivants :

Langue saburrale, nausées continuelles accompagnées d'un goût stercoral, tension et sensibilité du ventre, pouls à 80 pulsations.

L'omphalocèle, qui existait depuis douze ans et qui était réductible, avait une forme globuleuse de la grandeur d'une tête d'enfant nouveau-né. La hernie crurale formait une tumeur oblongue dans le sens du pli de l'aine, de la grandeur du poing d'un adulte. Cette tumeur s'était formée par suite d'une chute que la malade fit en 1836, et qui jusque là ne l'avait jamais inquiétée, vu que la tumeur disparaissait chaque fois qu'elle se couchait. Mais depuis trois semaines la tumeur ne rentrait plus par la position horizontale et son volume était considérablement augmenté.

Voyant que toute tentative de réduction était infructueuse et que tout retard compromettait la vie, M. Demeyer nous fut adjoint et on pratiqua l'herniotomie de la manière suivante : La malade placée sur une table, un pli fut fait à la peau et incisé selon le grand diamètre de la tumeur, cette incision, agrandie en haut et en bas avait près de neuf pouces d'étendue, nécessitée par l'énorme masse de graisse qui couvrait le sac, les lames cellulaires furent successivement divisées, les artères lésées au nombre de quatre, furent liées, le sac ouvert en dédolant et in-

cisé dans l'étendue convenable, à l'aide d'une sonde cannelée, laissait voir une énorme masse d'épiploon sans liquide; l'étranglement fut surmonté par le débridement, pratiqué sur le ligament de Gimbernat : l'introduction du doigt dans la cavité abdominale fit connaître que l'étranglement était entièrement détruit; mais le volume excessif de l'épiploon et son adhérence intime avec le pourtour de l'anneau mirent obstacle à sa réduction; alors l'épiploon fut déplissé et embrassé de deux ligatures à un pouce de son adhérence, de manière à diviser et à étreindre toute la masse en deux parties égales, dans le but de laisser dans l'anneau une portion épiploïque, laquelle en contractant des adhérences avec cette ouverture, la boucherait complétement et s'opposerait à la formation d'une nouvelle hernie. La grande masse d'épiploon qui dépassait les fils fut enlevée au moyen de ciseaux; la plaie nettoyée, fut couverte d'un linge fenêtré, de charpie et de compresses, le tout maintenu par un spica de l'aine. — *Prescription:* Lavement et diète sévère.

Vers les huit heures du soir, elle était calme, le lavement évacué immédiatement après son administration était néanmoins mêlé d'un peu de matières stercorales; de temps en temps elle avait encore eu des nausées qui lui donnaient toujours le même goût stercoral. — *Presc. :* Lavement, suivi du même résultat que le premier.

11, la malade avait eu une assez bonne nuit, la langue était légèrement chargée, le ventre plus ou moins ballonné, légère transpiration de la peau, pouls naturel. — *Presc. :* Lavement et diète.

12, le lavement de la veille avait procuré une selle, les nausées avaient cessé et le goût fécal ne se faisait plus sentir ; le ventre était devenu plus souple, pouls bon.— *Presc. :* Huile de ricin demi once.

13, l'opérée avait eu deux selles copieuses; mais elle disait qu'elle s'était aperçu que des matières fécales avaient sorti par la plaie : l'appareil enlevé, on put voir, en effet, qu'il y avait une ouverture étroite entre la masse épiploïque et le côté externe et supérieur de l'anneau crural par laquelle sortaient des matières stercorales. L'écoulement de ces matières avait vivement irrité

les bords de la plaie, qui étaient devenus très-rouges et gonflés. — *Presc. :* Cataplasme émollient.

14, les bords de la plaie étaient moins gonflés, moins rouges et leur sensibilité n'était plus aussi vive, la malade avait eu deux selles naturelles, les matières fécales, sorties par la plaie, n'étaient pas à beaucoup près aussi abondantes que la veille, la nuit avait été bonne, elle désirait prendre des aliments. — *Presc. :* Bouillon de veau; cataplasme émollient.

15 février au 1er mars, elle eut régulièrement des selles naturelles : la sortie des matières par la perforation intestinale diminuait de jour en jour; pendant ce temps les ligatures tombèrent, la plaie se couvrait de bourgeons charnus, elle fut touchée de jour à autre avec le nitrate d'argent. A l'époque du 1er mars, l'anus contre nature avait diminué de deux tiers.

2 du même mois, les lèvres de la plaie furent rapprochées et maintenues avec des bandelettes agglutinatives; ce traitement fut continué jusqu'à la complète guérison.

10, il ne sortit plus de matières et la malade fut parfaitement guérie le 22. Depuis ce temps elle n'a plus été indisposée, si ce n'est que quinze jours après l'entière cicatrisation, il lui est survenu un gonflement œdémateux des extrémités inférieures qui disparut en peu de jours sous l'influence de bandages compressifs et des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée.

Remarques. — Il serait difficile de bien expliquer comment la perforation de l'intestin a pu avoir lieu, puisque des recherches minutieuses n'ont fait découvrir aucune anse intestinale herniée; cependant nous émettrons notre idée sur cette grave complication, qui, selon nous, a eu lieu de la manière suivante : Supposons, qu'une petite portion de la circonférence de l'intestin se soit engagée avec l'épiploon dans l'anneau crural, celui-ci par suite de sa constriction sur ces organes, aura dû nécessairement occasionner une irritation dans la partie de l'intestin qui s'y trouvait engagée; il en est résulté une inflammation adhésive avec la paroi interne de l'anneau; une fois la constriction enlevée par le débridement, les matières qui étaient retenues en cet endroit par la diminution du calibre du tube intestinal ont été évacuées par l'anus, mais comme cette partie de l'intestin aura, selon toute

probabilité, été pincée dans l'anneau, il se sera formé une eschare, qui, en se détachant, aura occasionné l'anus contre nature.

Ce qui nous autorise à admettre cette hypothèse, c'est que du moment que l'étranglement a été combattu, tous les symptômes alarmants ont disparu successivement et que la malade a ressenti une amélioration notable dans sa position; l'adhérence que l'intestin a contractée avec l'anneau, lui a été très-salutaire puisqu'elle a empêché l'épanchement des matières stercorales dans l'abdomen, et une fois l'inflammation combattue, l'ulcère de l'intestin se sera couvert de bourgeons charnus, qui à leur tour l'auront bouché et auront opéré la guérison radicale.

Obs. II. — Amand Vercruysse, voiturier, âgé de cinquante ans, d'une constitution sanguine, portait depuis dix ans une hernie inguinale survenue à la suite d'un coup de pied de cheval qu'il reçut en cette région; dans le principe il portait un brayer, mais il en négligea plus tard l'usage, cette hernie resta assez longtemps stationnaire; à une époque que le malade ne peut préciser, il souleva un grand poids qui fit sortir sa hernie; cette fois-ci la tumeur était beaucoup plus volumineuse : à la suite de cet accident le malade s'aperçut journellement que son affection s'aggravait; il n'en eut cependant aucune inquiétude parce qu'il n'en éprouvait aucune douleur. Cet état de choses dura encore un certain temps. Enfin, le 15 décembre 1839, sa hernie sortit et toute tentative de réduction fut infructueuse. Une constipation s'établit, bientôt les symptômes d'étranglement se firent sentir et le vomissement de matières stercorales eut lieu quelques heures après.

Pendant les quatre jours suivants, le malade prit trois bains entiers, on lui passa trois lavements purgatifs qui furent évacués immédiatement après leur administration et de nouvelles tentatives de réduction n'amenèrent aucun résultat; voyant alors l'impossibilité de la réduction et sentant continuellement aggraver son mal, il se fit transporter à l'hôpital le soir du 19. Visité ce jour à 7 heures, outre les symptômes déjà énumérés, il offrait les suivants : face altérée, soif, langue sèche, pouls plein et dur, douleur abdominale augmentant par la pression, hoquets fréquents; la région inguinale gauche était le siége d'une grande

tumeur oblongue, s'étendant obliquement jusqu'à la partie inférieure du scrotum et dont la longueur était de onze pouces et la circonférence de vingt et un pouces à sa partie moyenne.

L'opérateur, jugeant du grand danger dans lequel se trouvait le patient, procéda de suite à l'opération, qui fut pratiquée de la manière usitée en pareille circonstance.

Le sac herniaire ayant été ouvert avec les précautions prescrites et incisé de bas en haut sur une sonde cannelée, l'étranglement qui existait à l'anneau externe, fut détruit au moyen du bistouri boutonné, et l'introduction du doigt indicateur fit reconnaître qu'il n'en existait point ailleurs; l'intestin qui offrait déjà quelques taches d'un rouge-brunâtre, fut légèrement tiré au dehors pour constater si le serrement de l'anneau n'avait pas donné lieu à de plus graves altérations ce qui heureusement ne s'observa pas; malgré l'état de l'intestin ci-dessus mentionné, la réduction en fut faite d'une manière lente et sans occasionner de fortes pressions.

Le sac herniaire contenait, en outre, une grande masse d'épiploon qu'il ne fut pas jugé convenable de réduire, parce qu'on aurait dû agrandir de beaucoup l'anneau et qu'en second lieu il existait dans son épaisseur une masse dure et comme squirrheuse, de la grosseur d'un œuf de poule.

Les vaisseaux épiploïques étaient fortement gorgés de sang et le tissu adipeux présentait une couleur très-rouge; après avoir étendu et déplissé l'épiploon, pour s'assurer que tout l'intestin était réduit, quatre ligatures y furent passées au moyen d'une aiguille courbe, et serrées à un pouce de l'anneau, après quoi une masse d'épiploon du poids de deux livres fut enlevée.

La plaie étant nettoyée, on procéda au pansement, qui fut fait comme à l'ordinaire et maintenu par un bandage triangulaire de l'aine, beaucoup plus avantageux que le spica, parce que son application est plus facile, qu'il fatigue peu le malade et que les pansements consécutifs demandent moins de temps.

Le malade fut transporté dans son lit et couché convenablement. — *Presc.* : Diète sévère.

20, lendemain de l'opération, le malade avait passé une bonne nuit, il avait la langue sèche, le pouls naturel, le ventre un peu

tendu mais indolore. — *Presc. :* Lavement, qui ne fit aucuneffet, huile de ricin et sirop de roses pâles, aa. ℥s. Diète absolue, boissons rafraîchissantes.

A la visite du soir, il avait un léger accès de fièvre, céphalalgie, langue moins sèche; disparition de la tension du ventre, cinq selles par suite de médicament.

21, le malade ne se plaignait d'aucune douleur, langue un peu humide. — *Presc. :* Diète et boissons émollientes.

22, comme la veille il ne se plaignait de rien, point d'évacuation; premier pansement, commencement de suppuration. — *Presc. :* Huile de ricin et sirop de roses pâles aa ℥s. Même régime que le jour précédent.

23, tout allait bien ; second pansement, bon aspect de la plaie, suppuration plus abondante. Le malade avait eu deux selles la veille. — *Presc. :* Bouillon de veau, boisson émolliente.

24, le malade se portait bien, mais il ressentait quelques douleurs dans la plaie, dont les bords étaient rouges, durs et très-sensibles; deux ligatures se trouvaient détachées dans le fond de la plaie.— *Presc. :* Cataplasme émollient. Même régime.

25, moins de douleur; la rougeur, la dureté et la sensibilité des bords étaient diminuées; le malade avait eu une évacuation vers le commencement du jour. — *Presc. :* Comme la veille.

26, il ne ressentait plus aucune douleur; l'épiploon avait contracté des adhérences intimes avec le pourtour de l'anneau qu'il bouchait complétement: les lèvres de la plaie furent rapprochées et maintenues; l'opéré témoigna le désir de manger, une soupe légère lui fut accordée.

Aucune autre indication ne s'est présentée jusqu'à la parfaite guérison, qui eut lieu le 26 janvier 1840. Le malade ayant eu journellement une selle libre, est sorti de l'hôpital pour reprendre ses occupations ordinaires.

Pour démontrer la supériorité du procédé opératoire, employé chez les sujets dont nous venons de parler, nous donnerons l'exposé d'une troisième opération, par lequel chacun pourra se convaincre que cette méthode est de beaucoup préférable à celle qui a été mise en pratique pour le cas suivant.

Obs. III. — P. M...., âgé de 43 ans, d'un tempérament san-

guin, entra à l'hôpital civil le 20 janvier 1837, pour être traité d'une hernie inguinale du côté droit, irréductible et d'un grand volume, qu'il avait gagnée en 1815, à Breda, en tombant d'une batterie au moment qu'il était chargé d'un baril de poudre. Il avait porté depuis ce temps un bandage approprié.

A son entrée à l'hôpital, il offrait tous les symptômes d'étranglement; on employa en vain tous les moyens pour opérer la réduction.

Le lendemain, ces tentatives ayant été infructueuses et les symptômes indiquant la nécessité d'en venir à l'opération, celle-ci fut pratiquée par le procédé ordinaire. Le sac herniaire fut ouvert et agrandi dans toute son étendue: il s'en écoula une grande quantité de liquide jaunâtre; en écartant les bords on vit une entéro-épiplocèle; l'épiploon avait contracté de fortes adhérences; l'anneau fut débridé en haut et en dehors, mais un second étranglement, occasionné par le collet du sac se fit sentir, et fut également débridé; une certaine étendue de l'anse intestinale fut retirée et entièrement réduite après qu'on eut constaté qu'elle était saine.

Il était impossible de rentrer l'épiploon dans la cavité abdominale à cause de ses adhérences et de son grand volume; à cet effet une forte ligature fut appliquée sur toute la masse et convenablement serrée sans en faire la section, dans l'attente que l'épiploon serait tombé en gangrène, attente qui ne s'est pas réalisée.

Le lendemain de l'opération, le malade prit une demi-once d'huile de ricin mêlée avec autant de sirop de roses pâles, il en eut une forte évacuation alvine, et tous les symptômes alarmants cessèrent; cependant toute la masse épiploïque conserva ses adhérences, se gonfla énormément, causa beaucoup de douleur à l'opéré et ne s'affaissa qu'au bout de quelques jours sous l'influence de cataplasmes émollients, et de cautérisations réitérées avec la pierre infernale; alors elle reprit son volume à peu près primitif : Six semaines après l'opération, le malade sortit de l'hôpital dans un état très-satisfaisant, pour reprendre ses rudes travaux, mais conservant une tumeur dans la région inguinale, pour laquelle on lui appliqua un bandage à pelote concave.

HOPITAL St-JEAN DE BRUXELLES.

CLINIQUE INTERNE. — SERVICE DE M. LE Dr VANCUTSEM, MÉDECIN EN CHEF.

INVAGINATION INTESTINALE. GANGRÈNE. MORT. NÉCROSCOPIE.

Observation recueillie par J. HENRIETTE, interne.

Anne Marie Jacobs, 43 ans, lavandière, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin; mère de trois enfants, n'ayant jamais été malade, entra à l'hôpital St-Jean le 2 janvier 1840.

Il y a trois jours, après avoir travaillé une grande partie de la journée dans l'humidité: violent frisson avec claquement des dents: puis, douleur atroce, déchirante dans le ventre, ayant son siége à la région épigastrique, mais principalement dans le flanc gauche: vomissements nombreux et précipités (les matières qui les composaient étaient pour les premières, un mélange d'aliments, de mucosité et de bile, puis de bile pure); éructations d'une amertume insupportable, fatiguant beaucoup la malade; peu d'appétit; soif vive; urines rares et colorées.

A son entrée, cette femme se présente à nous en poussant des cris de douleur, la face décomposée, exprimant la souffrance, le tronc courbé en avant sans pouvoir le redresser; elle accuse une douleur atroce dans le ventre; les vomissements bilieux continuent, le ventre est souple, non ballonné, constipation; gargouillements intestinaux; langue pâle, large, humide; tiraillements douloureux dans le dos, crampes dans les mollets; la peau n'est point chaude, le pouls est petit, fréquent (110), perte d'appétit, la malade est tourmentée par une soif ardente.

Diagnostic. — Invagination intestinale.

Prescription.—Saignée de douze onces; huit sangsues à l'épigastre; cataplasme émollient sur le ventre; diète; boissons rafraîchissantes. Sang crémeux.

3 janvier, aucun changement notable; le ventre est d'une sen-

sibilité extrême; la malade vomit jusqu'à ses boissons; constipation; langue humide; pouls 110; respiration accélérée.

Presc. — Saignée de douze onces (sang riche, peu de sérosité); douze sangsues sur le lieu douloureux; cataplasme, diète, boissons rafraîchissantes.

4, même état; même traitement.

Le soir, exacerbation très-forte dans les douleurs; nouvelle saignée de douze onces.

5, les douleurs vont en augmentant, la malade crie, se roule dans le lit, se couche sur le ventre. Crampes douloureuses dans les membres pelviens; les vomissements persistent de même que la constipation. La malade ne peut plus supporter le poids du cataplasme; pouls petit, 120. La face s'altère de plus en plus.

Pronostic des plus fâcheux.

Presc. — Douze sangsues sur le ventre, huit à l'anus; cataplasme laudanisé sur le ventre et aux pieds; boissons mucilagineuses.

6, aucune amélioration. Bain tiède pendant une heure.

7, même état; les intestins sont remplis de matières fécales que l'on sent à travers les parois abdominales. Vomissements; constipation; langue humide; pouls, 120.

Presc.—Huit sangsues sur le ventre, huit à l'anus; bain tiède; lavement laxatif.

♃	Decoct. emmol. .	℔ij.
	Olei lini . . .	℥ij
	Mell. mercurial .	℥i.
	pro IV énématibus.	

8, insomnie continuelle, face grippée. Les vomissements continuent incessamment. Constipation. La malade a lâché quelques vents; les douleurs sont intolérables; le pouls, 120.

Presc. — Les mêmes lavements que la veille, auxquels on ajoute une once de sulfate de soude.

Dans le courant du jour la malade a eu deux selles extrêmement abondantes.

Le soir, la face est hyppocratique, les extrémités supérieures sont froides, le pouls insensible.

Elle meurt dans la nuit.

Nécroscopie vingt-quatre heures après la mort. — Température froide. L'aspect extérieur du cadavre présente des ecchymoses bleuâtres; embonpoint ordinaire.

Le thorax et l'abdomen ouverts, nous trouvons l'épiploon recouvert d'un lasci vasculaire sanguin très-fin, sillonné d'arborisations nombreuses; l'estomac s'étendant d'un hypochondre à l'autre, très-distendu par les gaz et les boissons, et présentant à l'extérieur une couleur rosée très-remarquable, contractant avec la blancheur de l'extrémité droite ou pylorique, une infinité de petits vaisseaux rampent dans l'épaisseur de ses membranes. A l'intérieur, nous trouvons de larges plaques inflammatoires, correspondantes avec les plaques extérieures. Sa membrane muqueuse est considérablement ramollie et s'enlève avec la plus grande facilité.

Le duodenum est fortement distendu par les gaz et présente, à peu de chose près, les mêmes caractères anatomiques.

Dans le flanc gauche, précisément au lieu où la malade accusait la plus grande douleur, on trouve une partie du jejunum légèrement contournée sur elle-même (*voyez planche* I), et l'extrémité supérieure (1) de celui-ci s'invaginant dans l'extrémité inférieure; un bourrelet assez serré et formé par la partie inférieure (2) du jejunum distendu l'étreignait étroitement (3). La membrane séreuse, dans cet endroit, est rouge, enflammée. En incisant la partie d'intestin invaginante (4) nous mîmes à nu la partie invaginée. Une matière d'un gris sale, d'une odeur fétide l'environnait de toute part et recouvrait la muqueuse des deux portions de l'intestin. Cette muqueuse était d'un rouge livide et présentait de nombreuses ulcérations.

La portion d'intestin invaginée (5) longue d'un pied environ, d'une couleur noire livide, d'un rouge extrêmement foncé, présente des rides nombreuses et transversales.

L'extrémité libre de cette tumeur présente une appendice longue d'un pouce et demi, frangée à ses bords, et contenant dans l'épaisseur de ses tuniques, de petits corps arrondis, durs, résistants, ayant beaucoup de ressemblance, sous ces deux points, avec les ganglions mésentériques. Cette appendice, comme ajou-

tée à l'extrémité libre de cette invagination, présente, par rapport à sa structure, la plus grande analogie avec la membrane muqueuse intestinale, dont elle ne paraît être que la continuation (6).

Le mésentère, à la naissance de l'invagination, est fortement tendu, rouge, et s'engage, conjointement avec le jejunum, dans le bout inférieur, en entraînant avec lui plusieurs ganglions qui se retrouvent dans l'appendice que nous avons décrit.

La masse intestinale grêle présente à l'extérieur des plaques inflammatoires, de même qu'à l'intérieur, elle est peu distendue.

Les gros intestins sont remplis de fécès d'une odeur fétide insupportable.

Le foie est un peu plus volumineux que de coutume; il ne présente pas d'altération dans sa structure; il en est de même pour la vésicule, la rate, le cœur, les poumons qui ont conservés leur état physiologique.

L'ovaire gauche présente une hydropisie enkystée, le liquide qui y était renfermé était clair et limpide.

(*La pièce pathologique se trouve déposée au cabinet de l'hôpital St-Jean.*)

EXPLICATION DE LA PLANCHE I.

1. *Jejunum partie supérieure.*
2. *Origine de l'invagination.*
3. *Bourrelet circulaire.*
4. *Portion de jejunum invaginé et incisé.*
5. *Jejunum invaginé.*
6. *Appendice décrit.*

—

SERVICE DE M. A UYTTERHOEVEN, CHIRURGIEN EN CHEF.

CLINIQUE CHIRURGICALE. INVAGINATION INTESTINALE.

Abeille, Marie, âgée de 43 ans, dentellière, d'une constitution détériorée, fut admise à l'hôpital St-Jean le 7 mars 1839.

Invagination Intestinale.

Cette femme avait eu dix enfants, ses couches avaient été naturelles, ses menstrues quoique régulières encore étaient moins abondantes; elle était habituellement constipée.

Il y aurait dix-huit jours, dit-elle, qu'après un violent accès de colère, elle s'aperçut sur le lieu d'aisance, qu'en rendant quelques excréments, une tumeur était sortie de l'anus. Elle s'empressa de la refouler avec les doigts, mais à dater de cette époque, au moindre effort, la même tumeur ressortait et une constipation invincible vint compliquer son apparition; d'autres symptômes ne tardèrent point à s'y joindre; douleurs sourdes dans le dos, plus aiguës dans le ventre, nausées, vomissements plus ou moins fréquents, perte de l'appétit, agitation et soif ardente. A son entrée à l'hôpital nous trouvâmes : dilatation et relâchement de l'anus, d'où suinte un liquide floconneux, d'une fétidité particulière; les bords de l'orifice anal sont écartés, on voit apparaître une tumeur ovoïde de la grosseur d'un œuf de dinde, d'une couleur foncée, molle, dépressible. Le doigt introduit dans l'intestin, fait reconnaître que plus haut, la tumeur augmente de volume, qu'elle est irrégulière, multilobée, couverte de sillons plus ou moins profonds; molle à sa partie inférieure, elle était dure quand on la sentait dans le petit bassin. Libre de toute adhérence dans sa partie inférieure, son origine ne pouvait être atteinte par le doigt explorateur, que l'état de relâchement des muscles de cette région permettait cependant de pousser jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale.

Pendant quatre à cinq jours les symptômes restèrent au même degré, mais ils ne tardèrent point à s'aggraver et la malade mourut dix jours après son entrée.

Autopsie. — Les parties invaginantes étaient la partie infime du colon descendant et le rectum (*voyez planche* II).

Les parties invaginées : une grande étendue de la portion du tube intestinal, située au-dessus.

La portion invaginante présentait immédiatement au-dessous du collet de l'invagination, deux perforations juxta-posées, séparées seulement par une bride étroite. Toutes les membranes se trouvaient dans un relâchement complet, la muqueuse était fortement ramollie.

sur lui-même, ou renversé sur l'un ou l'autre côté? Comment croire à cette puissance de la chirurgie, quand ces espérances étaient fondées sur la division des muscles les plus grands, les plus volumineux? De quel effroi ne devait pas être saisi le chirurgien, lorsque, par une petite ouverture, il devait se faire un chemin sous la peau, y pénétrer sans y voir, ramper dans les sinuosités d'un membre, comme l'animal se creusant un terrier, passer à côté des gros vaisseaux comme le mineur qui sait éviter les plus grandes agglomérations d'eau qui l'engloutiraient s'il y portait la plus petite atteinte! Certes, une telle entreprise, présentée comme un nouveau corps de doctrine, devait épouvanter les opérateurs qui la prenaient au sérieux, ou faire traiter de visionnaire, celui qui l'exposait. Cependant, aujourd'hui, un grand nombre de faits sont déjà élevés comme des phares, pour éclairer ceux qui se sentent le courage de continuer des recherches aussi périlleuses. Cette théorie ingénieuse dont Stromeyer est le père, a reçu son baptême, par le sang que Dieffenbach, l'audacieux chirurgien allemand, a fait couler en exécutant le premier ces terribles opérations. Qui donc ne serait pas saisi d'effroi, en voyant cet homme plonger la lame de son couteau dans l'aisselle d'un malade, pour couper les muscles qui empêchent la réduction d'une luxation! Qui donc n'éprouverait pas un moment de terreur, en voyant cet acier tranchant disparaître dans la cuisse d'un malheureux pour diviser les liens musculaires qui attachent le fémur dans une position vicieuse. Un jet de sang artériel sort par la petite plaie, le couteau s'est égaré dans sa marche, et a ouvert les artères principales, la vie du patient va s'écouler avec son sang, et cependant le calme de l'opérateur vous rend la confiance; vous espérez encore avec raison; car un bruit d'échappement vous avertit que le membre est replacé dans sa position première, et que tout danger a cessé. Le couteau vient d'être retiré du gouffre qu'il s'était creusé, et le malade est guéri après quelques instants. Honneur à ces deux hommes! honneur à la chirurgie allemande; cette nouvelle conquête de la science est un grand tableau qui doit être placé à côté de la lithotritie, dont se glorifie à juste titre la chirurgie française.

Dieffenbach a opéré jusqu'à ce jour trois cents pieds bots, soixante torticolis, un grand nombre de contractions du bras, de la hanche et du genou, réduit une luxation de deux années, et redressé dix-huit strabismes.

Après ces opérations, il n'a pas encore eu à déplorer d'hémorrhagie funeste, ni de lésion, soit des gros vaisseaux, soit des gros troncs nerveux. L'écoulement sanguin est plus abondant lorsque l'on coupe le muscle sterno-mastoïdien, et surtout lorsque l'on opère dans le voisinage des grandes articulations; mais il cesse immédiatement après l'application de l'appareil. L'inflammation est toujours faible; dans quelques cas, les plus rares, il s'est formé un travail de suppuration toujours limité. La division du sterno-mastoïdien, donne aussi lieu à une sécrétion de pus qui ne pénètre jamais jusque dans le médiastin antérieur, où les abcès du cou se précipitent si facilement.

On n'a jamais eu à déplorer d'accidents nerveux, tels que le tétanos, le trismus, etc.; on n'a, jusqu'à présent, à regretter aucun cas de mort; l'âge n'établit aucune contre-indication pour l'application du traitement.

Dieffenbach a opéré un enfant de trois jours et une femme de cinquante-quatre ans; entre ces deux extrêmes il a parcouru tous les âges divers avec le même succès.

L'application du bandage et de la machine de Stromeyer exigent quelques précautions de la part du chirurgien; c'est avec circonspection qu'il doit en faire la première fois usage; pendant les premières vingt-quatre heures, le malade doit être l'objet d'une observation attentive. Si la pression est exercée avec quelque force, principalement sur le bord externe du pied, cette partie est irritée; elle s'enflamme et s'ulcère. Si la pression agit avec plus de violence, des escarres se forment, et il est alors indispensable de suspendre l'action de l'instrument. Ces plaies ne sont jamais dangereuses, par quelques soins de propreté elles sont vites fermées, et l'on peut alors continuer le traitement par cet appareil, dont on gradue la puissance avec circonspection.

La division des muscles, autres que ceux qui entourent les articulations, tels que le sterno-mastoïdien, les muscles du dos,

de la région postérieure du cou ; réclament des soins particuliers dont nous parlerons avec détail en rapportant les observations sur cette matière; nous ferons observer, qu'après la division du sterno-mastoïdien, soit de sa partie sternale, soit de sa portion claviculaire, ou de toutes deux en même temps, les résultats sont rarement les mêmes; ainsi quelquefois la tête reprend instantanément la position droite ; d'autres fois le redressement est partiel, mais le plus communément les malades doivent subir un traitement qui se prolonge depuis deux ou trois semaines jusqu'à deux mois. Le scoliose qui accompagne souvent la déviation de la tête quand cette dernière date de quelques années, diminue insensiblement, et elle finit par guérir entièrement. Dieffenbach emploie ordinairement un col en carton roide, enveloppé d'un mouchoir, afin de donner à la tête une direction convenable, quelquefois le lit à extension devient nécessaire ; c'est lorsqu'il existe une déviation de la colonne vertébrale.

Dans les cas de flexion de la jambe sur la cuisse, lorsque ces deux parties forment à leur articulation du genou un angle fort aigu, on peut, par la division des muscles biceps, demi-tendineux, et demi-membraneux, ramener la jambe à la position droite ; il faut exercer alors une action puissante pour rompre les adhérences solides qui ont ainsi soudé le genou. Le traitement consécutif de ces fractures, faites avec violence dans les grandes articulations, est long ; il réclame beaucoup de soin et demande à être dirigé avec prudence. Les mouvements de flexion sont quelquefois possibles dans une certaine étendue, tandis que l'extension occasionne ces douleurs intolérables. C'est par degrés, et en agissant doucement, que l'on parvient à étendre le membre, jusqu'à ce qu'il puisse être placé dans une gouttière ou dans la machine de Stromeyer. Si les douleurs persistent, il faut appliquer sur le genou des cataplasmes, le plonger dans des bains savonneux, et le frictionner. Cependant il est rare que l'on doive avoir recours à ces moyens divers lorsque l'on a osé briser l'articulation ankylosée et lorsque l'on a pu ramener la jambe à la position droite. Ce procédé paraît barbare à exécuter, mais l'amputation d'un membre est-elle plus douce ? et dans la plupart des cas, c'est quand

il faut choisir entre l'amputation du membre, ou entre son redressement violent, que Dieffenbach n'a pas hésité à donner la préférence au dernier moyen.

Cette extension forcée a été mise à exécution pour redresser des doigts qui devaient être amputés à cause de la gêne qu'ils occasionnaient; ils étaient recourbés en forme de crochet sur la face palmaire; des orteils qui empêchaient la marche et dont les malades demandaient l'amputation, ont été redressés par la division des tendons fléchisseurs.

Le procédé opératoire brille d'un grand éclat dans la réduction des luxations anciennes, ainsi, le tendon du grand pectoral, le tendon du biceps, ont été coupés pour redresser l'humérus. Dans un cas de luxation du pied en arrière, le tendon d'Achille a été coupé et le membre a pu reprendre sa place première. Ce mode de traitement a également été employé pour faire cesser des coarctations spasmodiques, provenant d'anciennes maladies du cerveau.

Après avoir établi quelques divisions de ces déviations dont les formes sont si variées, je rapporterai quelques observations des degrés principaux qui serviront comme type de traitement.

Lorsque les tendons viennent d'être ainsi divisés, ils ne tardent pas à reprendre leurs fonctions, parce que les deux bouts se sont réunis par la cicatrisation. L'écartement, quelquefois très-grand de ces deux extrémités, est considérablement diminué, au point de n'avoir pour moyen d'agglutination qu'une substance intermédiaire de quelques lignes, rarement de la longueur d'un pouce. On a pensé que ces fonctions étaient rétablies par la formation d'une bride inodulaire de la longueur de la perte de substance. Cette erreur est très-grande; quelquefois les déviations exigent un écartement d'un pied, comme dans le pied équin par exemple, et après la guérison on ne sent, comme substance intermédiaire, qu'un anneau épais. Le rapprochement des bouts divisés est un acte physiologique; la contraction spasmodique d'un muscle persiste tant que ses tendons sont fortement allongés; aussitôt que le débridement leur rend la liberté, le muscle débarrassé de sa cause d'exci-

tation se relâche, s'allonge, et les bouts tendineux ne tardent pas à être mis en rapport.

Dieffenbach se propose d'appliquer ce mode de traitement aux membres entièrement recourbés ou pour rompre de vraies ankyloses; dans ces derniers cas, la soudure des os s'oppose à leur écartement, mais il les attaque avec un ciseau; l'introduction d'un tel corps étranger ne peut être suivi des mêmes accidents que ceux dépendant de l'ouverture des grandes articulations, parce que les conditions ne sont plus les mêmes; les surfaces articulaires sont détruites, il n'y a plus que des plans osseux adhérents : il veut ainsi former une articulation artificielle.

L'anatomie pathologique vient au secours de la chirurgie dans cette occasion. L'étude des fausses articulations prouve à l'évidence que l'idée de Dieffenbach peut recevoir une application générale. Le professeur Froriep, qui a réuni une si belle collection de pièces pathologiques, a eu l'obligeance de me montrer une série de fausses articulations à divers degrés de développement; il en est une principalement qui mérite toute l'attention des chirurgiens. C'est un fémur brisé à l'union du col anatomique au grand trochanter. Ces deux surfaces osseuses étaient recouvertes d'une couche cartilagineuse très-résistante, et avec un fort bistouri on en détachait des morceaux qui avaient une ligne d'épaisseur. Ces surfaces osseuses avaient gagné un plus grand diamètre, et une capsule d'une grande force passait du grand trochanter au col du fémur, l'enveloppait, et jouait le rôle de la capsule qui passe de la cavité cotyloïde à la tête fémorale.

Le professeur Froriep a longtemps expérimenté sur les animaux vivants: non pas que l'on doive toujours conclure des expériences des animaux inférieurs à l'homme; mais les résultats qu'il a obtenus ont toujours été les mêmes. Dans ces cas, l'anatomie pathologique des fausses articulations chez l'homme a pris les mêmes formes que celle des fausses articulations chez les animaux inférieurs.

Le professeur de la Charité de Berlin a adopté les diverses variétés des déviations établies par Stromeyer, mais ayant eu à traiter un très-grand nombre de ces affections, et ayant

remarqué que les déviations pouvaient brusquement passer d'un état à un autre sans que l'on en puisse suivre la transition, il a posé des degrés de valeur différente, par lesquels on peut faire rapidement un ensemble des déviations et des renversements du pied.

Nous rassemblerons les différents cas que nous avons vus pendant notre séjour à Berlin, et nous présenterons une observation de chaque variété, on aura ainsi une esquisse générale de cette branche nouvelle de la chirurgie.

VALGUS. (PIED-PLAT.)

Le valgus est un vice de conformation dont les caractères sont opposés à ceux du *varus* : ainsi le pied est grand, large et plat; le bord interne repose sur le sol tandis que l'externe s'en éloigne. Toute la face plantaire et le talon sont privés de l'épiderme calleux remplacé par une peau mince et sensible. Cette privation de l'épiderme dur et calleux peut être le résultat du peu de mouvement que se donnent les individus chez qui cette difformité est fortement prononcée; la douleur qu'ils éprouvent en marchant les oblige à garder le repos.

Pour pouvoir faire l'application d'un traitement efficace, il a fallu établir des divisions arbitraires comprenant les degrés plus ou moins forts de cette affection, afin qu'il fût possible de graduer les forces que l'on oppose à ce renversement.

Cinq degrés suffisent pour établir les différentes transitions de la simple déviation, au renversement total.

Le 1er degré est représenté par le pied large, aplati, légèrement relevé en dehors, et appuyant sur le sol par son côté interne.

Le 3me degré a pour caractère principal la convexité de la plante du pied, quelquefois le talon reste de niveau avec la partie la plus convexe, quelquefois aussi il se retire en arrière et tout le poids du corps est porté sur la convexité plantaire.

Le 5me degré est caractérisé par une déformation totale du pied; la convexité plantaire est tout à fait arrondie; le talon fortement relevé est éloigné du sol, quelquefois de deux ou

trois pouces, les orteils fortement contractés sont ramenés vers le dos du pied, et ils présentent la forme de crochets violemment recourbés.

Entre le premier et le troisième, et entre le troisième et le cinquième, il existe une forme de transition que l'on appellerait second et quatrième degré, s'il était possible de bien les préciser, mais ils ne sont guère qu'un lien entre les degrés plus élevés où ils ne tardent pas à arriver.

Le valgus ne peut être guéri par le secours seul des bandages, que cette déviation soit la suite de contractions ou de paralysie musculaire, c'est toujours par la division des tendons qu'on la guérit; lorsque l'on a coupé les extenseurs sur le dos du pied, cette extrémité retombe comme si elle était paralysée; on entoure le membre avec du sparadrap et une bande, enfin on applique une attelle droite qui s'étend de la face antérieure de la jambe, passe sur le dos du pied afin de le renverser et de lui faire prendre la forme du pied équin. Cet appareil ne cause pas de douleurs puisque les extenseurs divisés n'opposent plus aucune résistance à son action. Ce mode de traitement fut mis en usage avec succès dans un cas de valgus spasmodique intermittent. Lorsque la tension des tendons est trop forte, la section peut déterminer un tel renversement, que de la variété de valgus, la déviation passe à la variété du pied équin. La section du tendon d'Achille en donne bientôt raison, et l'équilibre est rétabli, le pied prend alors sa position droite.

Dieffenbach a vu un varus paralytique passer à l'état de valgus après la section du tendon d'Achille, mais la division des extenseurs fit cesser cette difformité, et le pied revint à sa position normale.

Observation de pied-plat au premier degré.

Une jeune fille, âgée de 16 ans, souffrait depuis les premières années de son enfance de deux pieds plats. Le pied gauche surtout était dans un degré plus avancé, c'est-à-dire que la malléole interne touchait le sol. Cette période est le second degré; le pied droit, beaucoup moins renversé, n'était qu'au premier de-

gré, c'est-à-dire que la malléole était encore fort éloignée du sol. Sa marche très-incertaine la rendait timide, c'était avec crainte qu'elle se hasardait à se mouvoir.

Pour corriger cette double difformité, Dieffenbach fit la section des extenseurs communs, et du premier préphalangien. Un bruit clair et éclatant annonça que la section des tendons était achevée, et aussitôt on put ramener le pied à une position droite. Cependant on donna avec intention une déviation en dedans et en arrière pour convertir ce pied plat en pied équin à un degré inférieur; dans le but d'écarter les deux bouts des tendons divisés, et d'empêcher leur réunion. On appliqua une languette de carton sur le côté externe du pied; le tout fut enveloppé de bandelettes, et la malade fut abandonnée à elle-même pendant trois jours.

Quinze jours après la première opération, la malade pouvait appuyer facilement la plante des pieds sur le sol, mais il restait encore une légère déviation des deux pieds; c'est-à-dire qu'ils étaient légèrement renversés, et qu'ils présentaient encore quelques caractères du pied-plat, au premier degré. La cause de cette déviation dernière était la contraction des tendons des péroniers, ces derniers étant divisés, le pied reprit la liberté de ses mouvements, et sans aucun effort de traction il se plaça dans sa position droite qu'il conserva invariablement.

Valgus par paralysie. Deuxième degré.

Pauline B., âgée de 12 ans, d'une constitution faible, avait toujours eu une faiblesse des pieds; après une maladie nerveuse, le bord interne s'était renversé en dehors, il touchait le sol, et le bord externe s'était relevé. Le tendon d'Achille fut d'abord coupé; le pied fut ainsi ramené à une position droite. La plaie avait été guérie en trois jours; il semblait que cette opération eût aggravé l'état de la malade, parce que le pied avait perdu toute sûreté, même quand elle était assise, il se renversait tantôt en dedans, tantôt en dehors. C'est pourquoi on employa une attelle, à l'aide de laquelle la malade put marcher. Quinze jours après on enleva l'appareil; le pied put être abandonné à lui-

même; il avait recouvré toute sa sûreté et il fut encore lavé pendant quelque temps avec de l'esprit de vin, ce qui acheva la cure.

Valgus spasmodique intermittent. Troisième degré.

Un jeune étudiant, âgé de 22 ans, souffrait depuis son enfance d'une faiblesse du pied. Lorsqu'il était assis on ne voyait aucune difformité; il pouvait exécuter tous les mouvements; lorsqu'il était debout ou lorsqu'il marchait, ses mouvements étaient aussi incertains que s'il eût été sur une glace, surtout quand il n'avait pas mis de bottes, alors les orteils, s'écartaient du sol, et le pied y posait à plat. Les tendons des extenseurs furent d'abord coupés; le pied tomba comme paralysé, l'autre pied ne fut opéré que plus tard. On donna au pied sa position régulière par un bandage descendant du genou jusqu'aux orteils. Ce traitement fut continué pendant trois semaines, ensuite le malade put marcher. Lorsqu'on enleva l'appareil on ne trouva ni inflammation, ni suppuration. On appliqua de nouveau un bandage descendant du genou jusqu'aux orteils; ce traitement fut continué pendant trois semaines et le malade put marcher. La méthode d'opération et le même traitement furent employés pour guérir l'autre pied.

Pied valgus guéri par la division des extenseurs. Quatrième degré.

Un garçon de 13 ans, d'une faible constitution, souffrait depuis son enfance d'une faiblesse des pieds; il ne put marcher qu'après plusieurs années, et il était très-vite fatigué. Les pieds étaient fort longs et le dos et la plante étaient très-aplatis. Petit à petit il se forma un valgus du 4me degré, surtout au pied droit. On employa les machines orthopédiques sans résultat; alors l'opération fut faite en coupant les tendons du côté externe du pied à la partie la plus élevée; on entendit un bruit de craquement; il ne s'écoula pas de sang, le pied fut entouré par une bande, et les tendons coupés s'écartèrent. Quelques jours après on enleva le bandage, les plaies étaient guéries sans

inflammation; la plante du pied était relevée; six jours après le pied fut enveloppé par une gouttière de fer-blanc. On put ainsi le maintenir dans une bonne courbure; quelques jours après ce jeune homme marchait dans sa chambre avec le secours de cette gouttière; un mois plus tard le pied était tout à fait guéri.

Valgus du cinquième degré.

Un garçon, âgé de 15 ans, d'une faible constitution, avait depuis son enfance une faiblesse des pieds, ils étaient longs, et avaient le dos et la plante très-plats. Insensiblement, il se forma un valgus du 5me degré. Le pied droit fut surtout plus déformé. Les machines orthopédiques furent employées sans succès. C'est alors que l'on fit l'opération en coupant les tendons du côté externe du pied. On entendit un bruit de craquement, et il ne s'écoula pas une goutte de sang; le pied fut enveloppé par une bande, et les tendons coupés s'écartèrent.

Quelques jours après, on enleva le bandage, les plaies étaient entièrement guéries, et la plante du pied était relevée. Six jours après, le pied fut enveloppé par une gouttière de fer-blanc, qui servit à le maintenir dans une bonne direction. Après quelques jours d'application, ce jeune homme put marcher dans son appartement, et un mois après, le pied était guéri.

PIED ÉQUIN (PIED-CREUX).

La forme générale du pied équin est représentée par l'éloignement du talon à une distance plus ou moins grande du sol; la face plantaire est concave, la face dorsale convexe, les orteils plus ou moins contractés sont relevés, et le sujet marche sur un des côtés du pied, ou sur l'extrémité plantaire des métatarsiens, ou dans le degré le plus élevé sur les orteils eux-mêmes; pour bien apprécier la valeur de cette contraction anormale, on a établi cinq degrés représentant les forces diverses de ces contractions.

Dans le premier degré on a classé ces pieds dont l'aspect général est celui d'un pied vu en raccourci; le talon est à une

certaine distance du sol; les orteils sont relevés, la face plantaire paraît creusée, et la face dorsale est arrondie;

Le deuxième degré présente une voussure plus grande du dos du pied, mais le talon n'a encore subi aucun changement notable;

Par le troisième degré, on a voulu peindre cet état dans lequel le pied fortement relevé forme avec le tibia un angle très-obtus, la face dorsale est très-arrondie, la face plantaire est fortement concave, et le talon est à deux ou trois pouces éloigné du sol;

Le quatrième degré est caractérisé par une grande déformation du talon, et par une grande voussure du dos du pied, les orteils sont généralement contractés, c'est la transition pour passer au degré le plus élevé;

Dans le cinquième degré, le talon est fortement tiré en haut, il ne présente presque plus de saillie à son articulation tibiale, le pied conserve quelquefois les dimensions normales, mais le plus souvent, il est comprimé, et il paraît écrasé du talon aux orteils; la plante est fortement concave, la convexité du dos est très-prononcée, le pied est recourbé en arrière de telle sorte que le dos arrondi sert de face plantaire, et la plante concave est renversée en haut et en arrière.

Dans les degrés extrêmes, les malades doivent se servir de béquilles, alors il n'est pas rare de voir le genou changer de forme, la jambe est fléchie sur la cuisse, et elle forme avec celle-ci un angle plus ou moins aigu suivant le degré de contraction des muscles; les malades tombent sur le genou, ou pour faciliter leur marche, ils se traînent accroupis sur les orteils, et rampent ainsi, les fesses tombant sur le sol; on voit souvent cette région recouverte d'une peau rude et presqu'aussi calleuse que celle de la plante des pieds.

Dans le degré le plus simple, il suffit de couper le tendon d'Achille à un ou deux pouces au-dessus du talon, la petite plaie et tout le pied sont ensuite enveloppés avec une large bandelette de sparadrap. Enfin, après quelques jours, lorsqu'il ne s'est développé aucune inflammation, et lorsqu'il n'y a pas d'épanchement sanguin, on applique la machine de Stromeyer

en agissant progressivement avec elle, et en donnant à tout le traitement les précautions nécessaires, on ramène insensiblement le pied à sa position naturelle; pour que la guérison soit complète, il faut amener le pied à une légère inclinaison; c'est-à-dire qu'il doit former un angle obtus avec le tibia, et dépasser un peu l'angle droit; on arrive à ces résultats en quelques semaines; rarement le traitement doit être prolongé au delà de deux mois. Cependant il ne faut pas se voiler les difficultés, le membre peut être très-sensible, la flexibilité plus grande, et le degré de contraction peut être plus prononcé; dans ces cas, on commence par comprimer légèrement le membre, depuis les orteils jusqu'au mollet, avec une bande étroite imbibée d'amidon, ou d'une dissolution de colophane dans l'alcool, le malade se place debout en appuyant fortement sur le pied bandé, jusqu'à ce que l'appareil soit bien séché, on obtient par là le même résultat que par la machine. Ce pansement est renouvelé deux ou trois fois par semaine jusqu'à guérison complète, le mouvement que l'on donne au pied lui rend sa forme, et le raccourcissement produit par la contraction des extrémités ne tarde pas à disparaître.

Lorsque l'on a commencé un traitement par le degré le plus élevé, il ne faut pas espérer réussir après une première opération, il arrive quelquefois que le pied éprouve seulement une légère amélioration après une seconde ou une troisième division du tendon d'Achille. Comme ces opérations ne sont pas douloureuses, le malade ne court aucun danger, mais il importe de ne pas trop attendre pour la seconde ou la troisième opération; généralement deux ou trois semaines suffisent. Du reste, les malades sont les premiers à demander qu'on divise de nouveau les liens qui les empêchent de se servir librement de leurs membres.

Observation de pied équin au quatrième degré. Section de plusieurs tendons.

M. le comte.... vint du Caucase à Berlin pour consulter le professeur Dieffenbach, sur la possibilité de corriger le défaut

de conformation de son pied. Ce jeune homme, très-bien développé, d'un air fort distingué, sentait vivement la privation du libre usage de ses pieds, et il éprouvait surtout quelque peine de la difformité dont il était atteint. Le pied était fortement relevé, les ongles des orteils touchaient le sol et lui servaient de point d'appui pour marcher, le talon était rapproché de la jambe au point d'avoir perdu sa saillie, il était élevé à cinq ou six pouces de l'articulation du pied à la jambe; à l'articulation des orteils les os du métatarse formaient une courbe, et les efforts du malade pour conserver l'équilibre avaient dévié le pied en dehors. La face plantaire des orteils et l'extrémité des métatarsiens étaient recouvertes d'un épiderme dur et calleux, tandis que le talon, et toute la plante du pied, en étaient dépourvus. Ce jeune homme avait subi pendant plusieurs années, divers traitements orthopédiques, et enfin les dernières machines à extension dans lesquelles on plaça le pied ayant provoqué de vives douleurs, il renonça à cette médication, et il vint se confier aux soins du professeur de Berlin. La première opération que fit Dieffenbach fut de couper le tendon d'Achille, le pied fut ramené vers l'angle droit, et placé dans la machine de Stromeyer. L'écartement des deux bouts du tendon était de trois pouces.

Cette division n'amena aucun accident, et trois semaines après, les muscles de la face plantaire furent divisés, afin de faire cesser la rétraction des orteils.

Le premier et le second orteil étaient relevés, cette déviation fut rectifiée par la division de leurs tendons extenseurs, le pied fut entouré d'une bande et il put être placé de nouveau dans la machine de Stromeyer, où il resta pendant quinze jours, après ces opérations, ce jeune homme put marcher; néanmoins, il existait encore une petite difformité, le pied était attiré en dehors par les tendons des péroniers, et le talon ne pouvait pas être convenablement appuyé sur le sol : impatient d'être entièrement débarrassé de cette maladie, ce jeune homme demandait à être opéré de nouveau; enfin Dieffenbach jugea de l'opportunité du moment divisa les tendons contractés, il fit pénétrer sous la peau son petit canif courbé et il coupa les péroniers; aussitôt le pied fut ramené en dedans, et le malade nous dit que

toutes les douleurs venaient de cesser subitement après la division du tendon; le petit canif fut de nouveau glissé sous le tendon d'Achille, qui fut coupé, le pied put être placé en angle droit avec la jambe, et le talon touchait le sol sans que le malade fit des efforts; il s'écoula une goutte de sang par les deux petites plaies; elles furent recouvertes avec de petites compresses, et tout l'appareil fut maintenu par une bande roulée, médiocrement serrée; le pied acquit dans le moment une très-grande liberté, ce jeune homme, heureux du résultat de cette opération, voulut jouir un moment du libre usage de son pied; il vint nous accompagner jusqu'à la porte, n'éprouvant aucune douleur, et la gêne que lui causait son pied avant l'opération ayant entièrement cessée, un aide fut laissé près de lui afin de lui faire l'application de la machine de Stromeyer.

Pied équin. Quatrième degré. Division du tendon d'Achille et du muscle pectiné.

Ch. W. naquit avec deux pieds équins au 4me degré; dans les premières années de son enfance, cet enfant se traînait sur ses membres, et toutes les tentatives pour le faire marcher furent inutiles. Si on le soutenait un peu, la force des pieds suffisait à porter le corps; il apprit ainsi à marcher sur la pointe des pieds en s'aidant de petites béquilles.

Il fut amené à Berlin pour y être opéré; les deux pieds étaient au quatrième degré et tendaient à passer au cinquième; le dos du pied était très-saillant, et l'extrémité antérieure était renversée en arrière, tandis que les orteils étaient fortement retirés en haut, et que la pulpe servait de semelle; la face plantaire était creuse, et le talon était tiré en haut; les muscles jumeaux étaient peu développés; les genoux dirigés en dedans écartaient les jambes, le muscle pectiné aussi était contracté. Cet enfant marchait comme sur des échasses, le corps attiré en avant portait sur des béquilles qui lui servaient de point d'appui; les tendons d'Achille furent coupés d'abord, il ne s'écoula pas de sang; des bandelettes fixèrent le pied, et quelques jours après on fit l'application de la machine de Stromeyer; au bout de

quinze jours, les deux pieds étaient ramenés à l'angle droit. L'enfant marchait déjà sur la face plantaire. La faiblesse de ses membres supportait à peine le poids du corps; aussi la position droite lui fut pénible à cause de l'habitude qu'il avait contracté de marcher courbé; le muscle pectiné empêchait aussi l'écartement du membre; ce muscle fut coupé, et la marche devint plus facile. L'exercice assidu rendit la force aux membres, et l'enfant fut bientôt guéri entièrement; il marche à présent avec facilité.

Ce fut une chose singulière de voir cet enfant perdre de sa taille et devenir plus petit il semblait avoir rajeuni de deux ans par cette opération.

Pied équin. Cinquième degré.

Madame ...., âgée de 54 ans, marchait sur un pied équin depuis sa naissance. Elle en avait toujours beaucoup souffert; dans les dernières années elle ne put sortir de la maison à cause de sa difformité, et les douleurs augmentaient sans cesse. Par ce repos elle gagna beaucoup d'embonpoint, ce qui fut un nouvel obstacle à tout espèce de mouvement.

Le tendon d'Achille fut coupé deux pouces au-dessus du talon; quelques gouttes de sang s'écoulèrent et le pied fut enveloppé avec des bandelettes. Aucune douleur ne suivit cette opération. Quelques jours après, on fit l'application de la machine de Stromeyer, et, comme la sensibilité devint vive, il fallut en suspendre l'usage. Le pied fut enveloppé avec des bandelettes de linge enduites d'amidon; ensuite, posé par terre jusqu'à dessiccation de l'appareil qui remplaça la machine de Stromeyer. Ce pansement fut changé quelquefois, le traitement fut achevé en quelques semaines, et cette dame commença à marcher. Les progrès furent si rapides, qu'elle put, seule et sans secours, sortir de la maison et se promener en ville.

Pied équin. Sixième degré.

Une fille, âgée de 26 ans, avait eu dans les premières années de son enfance des affections spasmodiques qui avaient produit

une légère paralysie de tout le côté gauche. Le bras reprit insensiblement ses fonctions; mais il se forma dans le même temps un pied équin. Les affections spasmodiques reparurent de temps en temps; enfin, elle eut souvent des attaques d'épilepsie.

Le pied était entièrement recourbé en arrière, de sorte qu'elle marchait sur le coude-pied. Elle devait soutenir le poids du corps avec une béquille parce qu'il tombait en avant. La plante n'était pas creusée comme cela se voit ordinairement. Un grand coussinet graisseux remplissait le vide. Les orteils étaient peu contractés, puisque cette déviation dépendait d'une paralysie, et non pas de contractions violentes. L'opération fut faite en coupant seulement le tendon d'Achille. Le sixième jour après on appliqua la machine de Stromeyer, et le pied ne tarda pas à revenir insensiblement à l'angle droit. Le traitement fut plus long que dans les autres cas, parce qu'il fallut suspendre l'usage de la machine à diverses reprises, à cause de l'extrême sensibilité du membre.

VARUS OU PIED-BOT.

Le caractère le plus saillant de ce vice de conformation, c'est le renversement du pied en dedans; le bord externe porte sur le sol et remplit les offices de la plante du pied. La forme la plus simple est celle que l'on remarque chez la plupart des enfants dans le très-jeune âge; le bord externe du pied a une grande tendance à se renverser. Le plus haut degré, au contraire, est caractérisé par un renversement total du pied; la moitié du dos forme la plante, l'extrémité digitale recourbée, est portée vers la malléole interne de l'autre pied, et le genou est attiré en dedans. Si les deux pieds sont déformés à ce même degré, les deux gros orteils se tournent l'un vers l'autre, et il n'est pas rare, dans ce degré extrême, de voir les tendons extenseurs ayant pris la place des tendons fléchisseurs, en remplir les fonctions. Alors le pied attiré en haut et en dedans, forme un angle très-aigu à son articulation tibiale.

On comprend de suite qu'entre le degré le plus faible et entre le degré le plus fort il y a des modifications qui exigent une

attention particulière pour le traitement qu'elles doivent subir. C'est pourquoi on a établi des divisions dans lesquelles rentrent le plus ou moins grand renversement de l'extrémité inférieure. Cinq degrés différents peuvent représenter toutes les modifications du varus :

La première est caractérisée par un léger renversement interne du bord externe du pied;

Le second degré est proprement le pied-bot. Le sujet marche sur le bord externe;

Le troisième degré représente le pied fortement renversé en dedans, la face plantaire ne touchant plus le sol, et étant remplacée par la face externe de la face plantaire;

Dans le quatrième degré, le malade marche le métatarse renversé en dehors;

Le cinquième degré est cet état dans lequel le pied est entièrement renversé. Les fléchisseurs tirent en dedans l'extrémité des orteils, et la plante des pieds est relevée fortement vers le membre opposé.

Le pied-bot, à son premier degré, peut être ramené à une position droite sans opération. Mais quoique facile, ce mode de traitement exige toujours beaucoup de temps et de patience. En dernier résultat, cette manière d'agir est pénible pour le malade. La section du tendon d'Achille, opération si simple et si peu douloureuse, doit dans tous les cas être préférée à tout traitement lent; non pas que cette division guérisse le pied, elle ne fait que le préparer à subir un traitement orthopédique qui devient alors facile à supporter. L'appareil à extension ne cause plus de douleurs, et en réalité il n'agit plus par extension, mais il maintient les parties dans le rapport qu'on leur a donné.

Chez les jeunes enfants atteints de pied-bot, il suffit de couper le tendon d'Achille, de ramener le pied à la position droite, et de l'y maintenir par des bandelettes agglutinatives, ou par l'appareil amidoné. Si l'âge des enfants dépasse trois ou quatre ans, il est prudent de mettre en usage la botte en acier de Scarpa, et dans un âge plus avancé, la machine de Stromeyer devient indispensable. Après ce traitement, continué pendant quelque temps, la forme du pied est modifiée et améliorée; la plante repose sur

le sol; on peut alors apporter des modifications à la médication. Pendant le jour, le sujet porte le soulier de Scarpa afin d'exercer le membre avec modération, et pendant la nuit on le place de nouveau dans la machine de Stromeyer.

Dans les cas du pied-bot au premier degré; il suffit de diviser le tendon d'Achille, mais dans les degrés plus élevés, on doit opérer la section du tibial antérieur, du fléchisseur du gros orteil; ou bien, si les orteils sont fortement recourbés, comme dans le degré le plus élevé, il faut aussi couper les fléchisseurs des orteils en tout ou en partie, selon qu'un plus ou moins grand nombre de ses doigts sont contractés. Il est des difformités portées si loin, que la division de l'aponévrose plantaire devient indispensable. Il arrive quelquefois que, bien que les tendons aient été divisés, on éprouve encore de la résistance à placer le pied dans la machine; il ne faut pas hésiter à répéter ces sections diverses, celle du tendon d'Achille principalement. Dieffenbach s'est vu dans la nécessité de le couper jusqu'à quatre fois, et il a réussi enfin à donner au pied sa position normale. Il possède une observation de ce genre très-intéressante : C'était un jeune homme de 20 ans, auquel il dut couper vingt fois le tendon d'Achille; ce jeune homme guérit parfaitement.

Lorsque les pieds-bots sont fortement caractérisés, lorsque la face antérieure du pied est renversée en haut et en dedans, et lorsque le gros orteil est dirigé vers le tibia, en un mot, dans le degré le plus élevé, ce sont les extenseurs des orteils qui, contractés avec énergie, produisent cette déviation. Dans ces cas, il faut diviser tous les tendons de la plante du pied, et ensuite couper tous les extenseurs des orteils. Pour mieux exprimer ma pensée, je dirai que ce pied varus est artificiellement changé en pied équin; cette variété est d'autant plus facile à produire, que le tendon d'Achille, encore intact, tire le talon en arrière et en haut, et par suite abaisse fortement la plante du pied.

Après avoir coupé tous les tendons fortement contractés, on applique au côté externe du membre une attelle droite rembourrée, partant du genou et dépassant le pied d'une longueur de trois à quatre pouces, on lie fortement le membre à cette attelle; enfin, le lien inférieur qui embrasse l'extrémité du pied attire

celle-ci fortement en dehors, c'est-à-dire qu'elle agit à la manière de l'attelle de Dupuytren, pour la fracture du péroné. Lorsqu'enfin on a produit cette forme de pied équin le traitement est bientôt achevé. On divise le tendon d'Achille autant de fois que l'exige la rigidité du membre, et l'on applique enfin la machine de Stromeyer. Les pieds les plus difformes ont ainsi été ramenés à leur position normale.

Voici quelques observations de pieds guéris par ce traitement :

Observation de pied-varus. Deuxième degré. Section du tendon d'Achille.

Un enfant de quatre ans avait depuis sa naissance un pied-bot au premier degré. On employa pour le guérir toutes les machines, mais ce fut sans succès. Le pied fut dévié davantage; enfin il prit le caractère du deuxième degré. En exerçant une grande violence, on ramena le pied à sa position normale, on coupa ensuite le tendon d'Achille; la machine de Stromeyer fut employée pendant trois semaines. Il fallut encore diviser les tendons des péroniers qui tiraient le pied en dehors; enfin, la botte de Scarpa dont on fit usage pendant deux mois, acheva la cure.

Observation de pied-bot paralytique. Deuxième degré.

Mlle H....., âgée de 30 ans, avait depuis sa naissance une paralysie incomplète de l'extrémité postérieure droite qui forma un pied-bot; cette jambe était amaigrie et presque atrophiée. La malade ne pouvait pas placer le pied à terre avec assurance; elle ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une attelle d'acier qui s'étendait de l'aisselle au pied. Les appareils auxquels elle avait été condamnée dès son enfance, n'avaient pas peu contribué à augmenter sa difformité; le pied était très-mobile, et il pouvait facilement être ramené à sa position naturelle. Bien que l'opération ne put dans ce cas donner des résultats aussi brillants que dans les contractures, on pouvait cependant améliorer ce pied en coupant le tendon d'Achille. C'est ce qui fut fait; aucun accident ne

survint, et l'on put employer la machine de Stromeyer. Six semaines après, on fit l'application de l'attelle de Dupuytren pour ramener le pied en dehors; la malade garda cette attelle pendant quinze jours. Enfin elle mit la botte de Scarpa, et elle fut entièrement guérie.

Observation de pied-bot. Quatrième degré.

On apporta dans l'amphithéâtre de la Charité un petit enfant âgé de trois ans, dont les deux pieds étaient fortement renversés; ils appartenaient à la variété des pieds-bots du 4me degré; c'est-à-dire que le métatarse était renversé en dehors, et les orteils contractés étaient attirés en haut; tout le pied était aussi relevé par l'extrême tension des muscles extenseurs, de sorte que le malade ne pouvait pas poser le métatarse en totalité sur le sol, il appuyait seulement par le talon. Les genoux étaient très-rapprochés l'un de l'autre. Dieffenbach commença par couper le tendon d'Achille; il y eut aussitôt un écartement entre les deux fragments du tendon, et le pied fut déjà relevé. Ensuite, il fit pénétrer son canif dans la face plantaire et il coupa les muscles fléchisseurs; enfin, il fit la section des tendons extenseurs sur la face dorsale du pied. Il fut alors très-facile de le ramener à la position droite. Les petites plaies furent couvertes avec de la charpie, et le pied fut enveloppé avec des bandelettes agglutinatives. La même opération fut pratiquée sur l'autre pied que l'on pansa comme le précédent.

Observation de pied-bot. Cinquième degré.

M. B....., étudiant, âgé de 24 ans, avait deux pieds-bots depuis sa naissance; la difformité était si forte qu'il était impossible d'imaginer un degré plus élevé; les deux pieds étaient petits, la pointe était relevée en dedans; les orteils chevauchaient, ils étaient tressés les uns avec les autres, et le talon était fortement relevé par le tendon d'Achille mince et dur. Les genoux étaient attirés en dedans. Dès son enfance, on avait employé toutes les machines orthopédiques; le malade fatigué, les

avait abandonnées. Malgré cette grande difformité, il pouvait marcher avec assez de facilité; il désirait cependant être débarrassé de cette maladie, et dans ce but il vint à Berlin.

On dut d'abord changer les pieds-bots en pieds équins, par une attelle fixée au côté externe. On fit pour obtenir ce résultat la section de l'aponévrose plantaire, la division des muscles fléchisseurs, et on coupa les extenseurs. Quelques jours après, on plaça l'attelle dont nous venons de parler. Lorsque les pieds furent amenés à la variété de pied équin, on coupa le tendon d'Achille, et l'on appliqua l'appareil de Stromeyer. Il fallut encore diviser les fléchisseurs du second orteil qui l'attirait trop vers la plante du pied. On répéta la section du tendon d'Achille deux mois après la première fois; il fallut aussi couper de nouveau les fléchisseurs de la plante des pieds, et par l'application de la machine de Stromeyer, on obtint en trois mois une guérison complète.

LUXATIONS.

Les grandes articulations sont exposées aux mêmes déviations que les petites; les contractions musculaires agissent sur elles avec la même puissance. Néanmoins, les raccourcissements spasmodiques sont moins fréquents à l'articulation du genou, de l'épaule, de la cuisse, qu'à l'articulation du coude, de la main et du pied, qui sont les plus communes. Les premières opposent aux muscles une résistance plus grande, soit par le poids du corps qu'elles ont à supporter, soit par leur emboîtement, soit enfin par leur appareil ligamenteux. Leur résistance est moins forte lorsqu'elles ont à lutter contre les tractions des cicatrices unies à l'action musculaire; c'est qu'en effet les muscles seuls ne peuvent toujours les déplacer, parce que leur force n'est pas continue, même dans l'état spasmodique le plus caractérisé; il y a des moments de relâchement qui sont quelquefois intermittents, et si, par une affection cérébrale, il y a des muscles paralysés, leurs antagonistes ne sont pas assez énergiques, et leur action n'est pas assez continue pour produire des déviations si considérables. Si, au contraire, elles sont entourées par des cicatrices, ces dernières se raccourcissant, déterminent pro-

gressivement le renversement des articulations les plus fortes; la puissance rétractile des tissus inodulaires est continue et permanente, tandis que la puissance musculaire prend souvent du repos. Je n'ai pas vu encore une grosse articulation déformée sans qu'il n'y eut de cicatrices, suites de suppurations longues et abondantes. Dans les cas contraires, les membres avaient souffert des luxations. Cette différence mérite quelque attention; le traitement doit être modifié selon que le renversement dépend d'une contraction musculaire et inodulaire, ou bien selon qu'il est la suite d'une luxation. Dans la première variété, il suffit de diviser les tendons et quelquefois les muscles pour redresser le membre; et dans la seconde, les ruptures musculaires préparent le traitement qui doit suivre, car il s'agit alors de réduire la luxation avant d'opérer le redressement.

Le 23 novembre, on eut à examiner deux hommes dont les bras droits étaient luxés. La première luxation datait de deux mois et demi; depuis ce temps-là on avait en vain cherché à la réduire; plusieurs chirurgiens avaient fait diverses tentatives et toujours sans résultats. Le second portait une luxation dont la gravité paraissait au-dessus des ressources de l'art. Nous en donnerons les détails après avoir indiqué la réduction employée par le professeur Dieffenbach.

S'affranchissant du mode opératoire employé généralement en Allemagne, le professeur de Berlin fait coucher le malade sur un plan horizontal. La poitrine du patient est largement entourée par un linge fort solide dont les chefs sont confiés à plusieurs aides, afin de trouver un point d'appui. Ce bandage doit être tenu du côté opposé au membre luxé. L'articulation du poignet du membre dévié est entourée de compresses sur lesquelles on place de forts liens afin d'opérer de grandes tractions; et enfin sur le plein du bras, contre le bord du grand pectoral, on fixe un linge plié en cravatte, dont on confie les bouts à d'autres aides afin d'écarter avec vigueur le bras du tronc. Les forces des différents aides sont ainsi mises en action : Ceux qui tiennent les bouts du linge entourant la poitrine tirent vers eux, afin d'être les antagonistes de ceux agissant sur le plein du bras; et les aides qui agissent sur le poignet ont pour but de tirer en bas la tête

de l'humérus déplacée. Lorsque ces forces diverses agissent, le chirurgien presse avec énergie sur le moignon de l'épaule afin de l'abaisser pendant qu'il tire en dehors l'extrémité supérieure de l'humérus. Toute cette manœuvre a été exécutée en deux minutes. Cette luxation rebelle a cédé sans résistance à ces forces si diversement combinées. Le bras fut fixé contre la poitrine par un bandage approprié.

Le second sujet qui a été présenté, offre un intérêt plus grand par la gravité du mal et par l'opération qui a été pratiquée. Cette opération neuve, véritable conquête de la chirurgie, consiste à diviser sous la peau, les muscles qui opposent une résistance au déplacement de l'os, à briser les adhérences solides et anormales que déjà il a pu se créer, et enfin, à déchirer la capsule artificielle dont il a entouré son extrémité déviée.

Les antécédents de cet homme doivent être connus pour bien apprécier toute la lésion que nous avions sous les yeux.

Th., âgé de 30 ans, avait eu, il y a huit ans, une luxation que l'on réduisit facilement. Six années après cet événement, voulant donner un coup de fouet à son cheval, il se luxa de nouveau le bras et ne prit aucun soin de ce nouvel accident. Les douleurs augmentant sans cesse, il se décida, après huit jours, à réclamer les soins des médecins qui essayèrent la réduction de ce membre luxé; tous leurs efforts furent sans résultats. Plus tard les mêmes essais furent répétés par d'autres praticiens sans plus de bonheur. Enfin, après deux ans de souffrances, il vint consulter le docteur Dieffenbach, qui nous montra ce malade. Voici dans quel état nous l'avons examiné :

L'épaule droite, c'est-à-dire l'épaule malade, était plus élevée d'un pouce que l'épaule gauche; elle avait perdu sa forme normale et toute sa convexité était affaissée; l'acromion formait une saillie ainsi que l'épine de l'omoplate; les muscles sus-épineux et sous-épineux représentaient deux cordes fortement tendues et amincies; cet amincissement était la suite de l'extension forcée et permanente qu'ils subissaient depuis deux ans; cette extension était due au mouvement de l'humérus; cet os avait été contourné sur son axe; dans cette rotation il avait entraîné ces muscles et les avait en quelque sorte enroulés sur la moitié de

sa circonférence. Le bras tout entier était amaigri; le coude était éloigné du corps, et la tête de l'humérus, attirée en dedans, était logée sous la clavicule où elle formait une saillie très-visible sur la peau. Tout le bras était amené en dedans par l'extrême tension des muscles de l'épaule; cette position lui faisait décrire un angle obtus avec le col de l'humérus, parce que le deltoïde ayant perdu sa convexité descendait perpendiculairement. Sous la peau, on sentait distinctement tous ces muscles, lorsqu'on les pressait entre les doigts ils donnaient une sensation à peu près égale à celle des grosses cordes de basses tendues sur ces instruments. Entre l'acromion et la petite courbure de la clavicule, il existait trois brides dures, solides et roides; elles étaient attachées à la clavicule et à la tête de l'humérus. C'était des productions anormales qui formaient une nouvelle capsule pour retenir l'os dans sa nouvelle position. Les mouvements de ce membre malade, ne dépassaient pas en totalité trois pouces d'étendue, et ils dépendaient du déplacement de l'omoplate.

Ne conservant plus aucun doute sur la nature et sur la gravité du mal qui était soumis à l'examen des médecins, considérant tout ce qui avait été fait infructueusement jusqu'à ce jour; étant en un mot en présence d'un de ces cas désespérés, devant lesquels il faut reculer et renvoyer les malades en les condamnant à une vie misérable, ou exécuter des moyens que l'on appelle téméraires si l'on ne réussit pas; Dieffenbach présenta comme dernière ressource l'orthopédie sous-cutanée. Non qu'il se dissimulât l'importance de l'opération, et les dangers qui entouraient son exécution, mais il fallait agir ou abandonner cet homme; confiant dans son adresse il n'hésita pas, et entreprit l'opération suivante :

Le malade fut couché sur un lit comme pour la réduction décrite plus haut; l'opérateur armé d'un petit canif très-recourbé et tranchant seulement par la pointe, pénétra sous la peau, à la face antérieure de l'épaule, et enfonçant l'instrument jusque dans le creux de l'aisselle, il divisa les muscles sus-épineux et sous-épineux; un aide tirait le bras en dehors pour augmenter la tension de ces muscles. Aussitôt que l'instrument acheva la division on entendit un bruit clair, net et fortement prononcé.

Le malade fut alors renversé sur le côté gauche, et le canif fut introduit dans l'aisselle par son bord postérieur, afin de diviser le grand dorsal. Cette manœuvre fut plus douloureuse que la première; il s'écoula une petite quantité de sang. Le malade fut de nouveau couché sur le dos; précisant alors avec les doigts le siége de la tête de l'humérus, l'opérateur introduisit de nouveau le canif sous la peau de cette région, et il coupa transversalement sur la tête de l'humérus la capsule de nouvelle formation, et ensuite, par trois coups donnés latéralement, il rompit les trois brides qui étaient attachées à la clavicule.

Ayant ainsi coupé tous les liens qui rendaient l'humérus inébranlable dans sa nouvelle position, Dieffenbach saisit cet os par son extrémité inférieure, et, faisant tenir le malade par ses aides, il imprima au bras, d'abord des mouvements de rotation sur l'axe de l'os, et enfin il fit faire à tout le bras de grands mouvements circulaires. On entendit, non sans effroi, des craquements dans l'articulation. Le malade fut aussitôt couché sur le dos, on appliqua les liens décrits plus haut, et l'on fit, avec un très-grand nombre d'aides, une première tentative de réduction, ce fut sans succès. Loin de se décourager, il fit augmenter les forces qui devaient agir sur ce malheureux, et cette fois un bruit d'échappement annonça à tout l'auditoire le succès qui couronnait cette opération nouvelle.

FRAGMENTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Par M. GLUGE,
Professeur à l'université de Bruxelles.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, en communiquant nos recherches sur la structure des fluides et des tissus morbides, fait apprécier l'influence qu'exercera un jour la connaissance plus approfondie de ces altérations, sur le diagnostic et la thérapeutique de bien des altérations pathologiques. Nous publions aujourd'hui quelques fragments concernant les polypes, la mélanose, etc. Quelques auteurs modernes comme M. Mueller, etc., se sont déjà occupés de quelques-unes de ces altérations. Nous comparerons plus tard leurs observations avec les nôtres.

I. *Polype du nez, enlevé par M. Seutin.*

Ce polype était mou, pâle, tremblotant comme la gélatine, quelques endroits seulement étaient d'une dureté cartilagineuse. L'analyse microscopique a démontré qu'il était composé de cellules renfermant un noyau; un certain nombre d'entr'elles offraient des prolongements filiformes; elles étaient séparées par des fibres cylindriques qui paraissaient tirer leur origine des cellules elles-mêmes, car on distinguait ses noyaux sur les fibres qui se réunissaient en faisceaux. Quelques cellules étaient allongées, d'autres angulaires, toutes contenaient plusieurs noyaux. (*V. fig.* 1, a *cellules avec les noyaux,* b *faisceau de fibres.*)

II. *Sécrétion pathologique de l'épithélium de la vessie.*

La structure du polype que nous venons de décrire, nous permet d'envisager ces corps comme le résultat d'une sécrétion morbide de la membrane muqueuse et spécialement formés par des cellules épithéliales anormales.

Dernièrement j'ai examiné une femme morte d'hydropisie et d'apoplexie des poumons; les reins n'offraient aucune altération, l'urine n'avait pas présenté d'albumine pendant la vie, mais un de nos élèves, M. Rossignol, recueillit dans la vessie dont les parois étaient du reste lisses, environ une demi once d'un liquide blanc, qu'on aurait pu prendre à l'aspect extérieur pour

du pus. Examiné au microscope, je n'y découvris aucune trace de globules de pus, mais une quantité innombrable de cellules arrondies dont la plupart offraient des prolongements filiformes. Elles renfermaient un noyau et nageaient dans un liquide incolore. C'étaient ces cellules qui causaient la couleur blanchâtre à l'aspect extérieur. L'alcool ne produisait aucune coagulation. (*V. fig.* 2).

III. *Tumeur mélanotique de l'œil, extirpée par M. Seutin.*

L'observation m'a jusqu'ici démontré l'existence de deux genres de mélanoses adoptés par beaucoup de pathologistes. L'une, qu'on rencontre le plus souvent dans les poumons des vieillards, est sans aucune organisation et consiste en une matière noire déposée entre les fibres des tissus. L'autre, présente une organisation cellulaire; c'est à cette dernière classe qu'appartenait la tumeur dont il est ici question. La matière mélanotique occupait la chorioïde et la caroncule lacrymale. Dans la première, je trouvai des cellules tantôt arrondies, tantôt angulaires, contenant trois à quatre noyaux et plus. Les cellules étaient de couleur brune, les noyaux noirs, les cellules formaient des bandelettes larges juxta-posées dans la tumeur de la chorioïde; dans la caroncule lacrymale elles étaient plus isolées.

Cette matière est quelquefois déposée très-régulièrement sur et entre les parois des vaisseaux; disposition que j'ai décrite dans une autre occasion (*V. fig.* 3. *a, b.*) (1).

IV. *Sécrétion morbide de la peau.*

Les cheveux et les poils sont comme on sait une production épidermique produite dans des follicules. L'épiderme même est formé par des cellules anguleuses qui renferment un noyau et s'adaptent l'une à l'autre pour former une couche assez impénétrable aux liquides. On sait que quelquefois ces follicules peuvent dégénérer, ils forment alors des petites tumeurs avec une ouverture centrale. Tous les médecins les ont observées surtout aux paupières. Elles contiennent une matière blanche et ca-

(1) Toutes ces observations comme les suivantes ont été faites avec un grossissement de 255 fois.

Comparez aussi la description des cellules normales du pigment de la choroïde donnée par Valentin dans son répertoire, II, 244.

séeuse. Examinée au microscope, cette matière présente un grand nombre de cellules arrondies ou hexagonales et d'autres formées avec une matière granulée et des cristaux, qui doivent comme toujours leur origine à l'évaporation.

Voici quatre désorganisations qu'on peut réduire au développement anormal de cellules, développement sur lequel les travaux de Henle Schwann, Valentin, etc., ont répandu de si vives lumières. Cependant nous sommes loin de vouloir expliquer avec plusieurs physiologistes tout le développement des tissus par la transformation des cellules, théorie qui se trouve en contradiction avec des faits nombreux (*Voyez. p. ex. obs. V*) et qui doptée pour tous les tissus sains et morbides retarderait, d'après notre conviction, les progrès de l'anatomie générale.

V. *Tumeur du testicule, extirpée par M. Seutin.*

Elle appartenait à un individu affecté de syphilis générale. La tumeur était formée par une masse lardacée, dont on pouvait exprimer un liquide blanc.

Ce dernier présentait sous le microscope des globules du sperme. La matière elle-même ne contenait aucune trace des canaux seminifères, mais une matière amorphe et des fibres dans leur premier développement. On voyait distinctement comment la matière s'était contractée en bandelettes, qui à différents endroits offraient des fibres cylindriques de manière que le milieu d'une telle fibre était large comme un vaisseau capillaire de 1/100 millimètre. Il n'existait aucune trace de cellules à noyauxet de cellules effilées. J'ai souvent observé un développement analogue des fibres quand la fibrine exsudée commence à s'organiser.

VI. *Pus concrété.*

Le pus est comme on sait, constitué par du serum dans lequel nagent des globules d'une forme particulière. Il paraît que quelquefois le liquide peut disparaître, et il reste du pus concret qui peut se mêler intimement aux tissus.

La disparition de quelques collections purulentes doit être expliquée de cette manière. Malheureusement le plus souvent ce n'est qu'à l'aide du microscope qu'on peut constater de tels faits.

Le suivant me paraît intéressant à cause de l'erreur que pouvait occasionner l'examen extérieur seul.

Une jeune fille mourut à la suite d'une fièvre typhoïde. Le cerveau paraissait sain à l'extérieur, mais il était difficile de reconnaître les canaux nerveux, circonstance que j'ai souvent notée dans la fièvre typhoïde; les poumons sains, le cœur très-flasque contenait peu de sang, avec peu de coagulum et dont les globules offraient des formes très-altérées. Les intestins n'offraient que peu d'ulcérations, et celles-ci en voie de guérison. L'ovaire (1) gauche était à l'état normal, mais l'ovaire droit était transformé en un kyste du volume d'un œuf de poule.

En l'ouvrant, il se présentait une matière demi-fluide, d'un blanc-rose, qui paraissait infiltrée dans une trame de tissu cellulaire. A l'aspect extérieur je n'aurais pas hésité de prendre cette masse pour de la matière encéphaloïde; mais elle se laissait vider complétement du kyste, disposition que je n'ai pas encore observée pour le cancer encéphaloïde, et soumise au microscope, le tout était composé de *véritables globules de pus.* Une infiltration de sérum sanguinolent avait donné à la matière la couleur rougeâtre. Le kyste offrait sur la surface extérieure des taches nombreuses mélanotiques formées par des dépôts assez irréguliers de matière noirâtre.

Quelques glandes mésentériques du volume de petits pois se présentent engorgées d'une matière blanche que j'aurais confondue sans l'examen microscopique avec des tubercules (le poumon ne contenait du reste aucune trace de ces derniers), mais elles étaient aussi formées par des globules de pus sans sérum.

VII. *Engouement des poumons dans la fièvre typhoïde.*

La plupart des pathologistes adoptent maintenant l'engouement inflammatoire et l'engouement par simple stase du sang. Nous avons exposé ailleurs les modifications des éléments du sang dans ces deux altérations. Nous venons ici seulement attirer l'attention des médecins sur l'engouement qu'on observe si fréquemment dans les poumons des personnes mortes de fièvre typhoïde. L'examen à l'œil nu a produit ici de nombreuses erreurs. J'ai vu des cas où les

(1) Cette fille n'avait pas eu d'enfant.

poumons n'étaient plus crépitants et paraissaient près de l'hépatisation, mais l'examen microscopique ne montrait aucune trace d'un produit inflammatoire quelconque, il y avait simple transudation du sérum du sang dans les cellules des poumons occasionnée probablement par la trop grande liquidité du sang. On appréciera facilement l'importance de ce fait pour la thérapeutique, car les saignées, qui paraîtraient indiquées par la dyspnée des malades, doivent leur être funestes.

VIII. *Altération primitive du sang.*

J'ai assisté récemment à une autopsie faite par M. Lebeau, à l'hôpital militaire. C'était un soldat mort une heure après son entrée à l'hôpital; il avait conservé sa connaissance jusqu'aux derniers moments. Ses antécédents étaient inconnus; on savait seulement qu'il avait été ivre quelques jours auparavant. Tous les organes étaient sains, mais le sang était partout, malgré le froid considérable (c'était au mois de janvier) de la consistance et de couleur d'un sirop de groseille. Il avait donné à la membrane interne des deux ventricules une couleur rouge noirâtre. (Souvent cette infiltration de sang est prise pour une inflammation de cette membrane, dont l'existence soit dit en passant, me paraît encore très-problématique; mais le microscope ne montre aucun développement de vaisseaux capillaires.) Les poumons offraient une semblable infiltration d'un sang noir; ils étaient du reste sains. Les globules sanguins étaient à l'état normal. Quelle cause a pu produire cette altération remarquable du sang, la seule altération que nous avons pu constater dans cette autopsie faite avec le plus grand soin?

Un cas analogue est communiqué dans le journal allemand de Fricke d'Oppenheim, vol. XII, p. 386.

Nous ne pouvons pas laisser passer cette occasion sans dire un mot sur l'opposition que paraît rencontrer l'étude des altérations du sang chez quelques médecins, surtout chez un savant italien très-distingué, M. Giacomini.

Nous sommes d'accord avec ce professeur qu'il ne faut dire pas exclusivement s'occuper de l'étude des fluides et ramener une pathologie humorale, et nous voyons avec regret beaucoup de

médecins parler à toute occasion d'altération de sang aussi vaguement qu'ils parlaient antérieurement d'inflammation. Mais en définitive, tous les tissus ne se développent-ils pas de fluides, même sans l'influence des nerfs? (témoin le développement du germe!); et qu'est-ce que nous savons de cette influence nerveuse? Toutes nos connaissances, sur ce sujet, se réduisent à quelques faits isolés. Ne vaut-il pas mieux d'étudier l'altération des solides et des liquides dans la voie expérimentale, sans parler de pathologie, ni des humeurs, ni des liquides, d'un système humoral ou d'un autre?

Nous ne terminerons pas cet article sans adresser nos vifs remercîments à nos honorables collègues, MM. Lebeau, Seutin et Graux, pour la bienveillance avec laquelle ils facilitent nos recherches dans les hôpitaux confiés à leurs soins (1).

JOURNAUX ALLEMANDS.

SUR LE MÉNAGEMENT DES SANGSUES ET SUR UN MOYEN DE LES FAIRE SUCER DE NOUVEAU;

Par le docteur KUNZMANN, conseiller intime de la Cour à Berlin.

Le nombre des sangsues ayant déjà considérablement diminué en Prusse, et le prix en étant tellement augmenté que les frais nécessaires à s'en procurer une grande quantité sont trop élevés pour des gens peu fortunés, M. *Kunzmann* a indiqué, il y a quelques années, un moyen de faire sucer de nouveau les sangsues qui ont été appliquées; l'utilité de ce moyen a été constatée par des essais, que l'on a institués à l'hôpital de la Charité de Berlin.

On met les sangsues, qui ont sucé, pendant quelques minutes dans du vin de Moselle, où elles rendent le sang qu'elles ont sucé, puis on les nettoie et les conserve dans de l'eau afin de les faire sucer de nouveau. Cette méthode ayant été reconnue trop coûteuse, M. *Freiberg,* administrateur en chef d'une pharmacie,

(1) Nous communiquerons dans un de nos prochains numéros un extrait du mémoire de M. Gluge sur l'inoculation du cancer présenté à l'Académie des sciences de Bruxelles, dans sa dernière séance. (Note de la Rédact.).

y a substitué un mélange de vinaigre et d'eau, remplissant le même but. Il trouva que les sangsues mises dans ce mélange sucèrent déjà de nouveau, après quelques heures, avec la même force que lorsqu'on les avait employées pour la première fois. Le Dr *Boer* a inventé non-seulement pour le même but, mais encore pour faire sucer les sangsues plus aisément, une méthode dont l'emploi a été trouvé fort convenable par M. Kunzmann. La sangsue, ayant fini l'opération de sucer, et étant tombée, il en évacue le sang dont elle est remplie, de la manière suivante : Il saisit la partie postérieure de la sangsue avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, la tient fermement et tire le ver en exerçant sur lui une forte pression entre le pouce et le doigt indicateur, jusqu'à une distance d'un demi-pouce de l'orifice de la gueule. En poussant la pression plus loin on blesserait l'appareil destiné à sucer, qui se trouve ici. Au moyen de cette manipulation le sang sort de la gueule par torrent ou par goutte. On la renouvelle jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de sang. Cela étant fait, on lave la sangsue avec de l'eau, afin d'ôter de sa surface le sang qui adhère encore, et on la met dans un verre rempli d'eau fraîche, à laquelle on a ajouté un peu de vin blanc de France. Au fond du vase il se doit trouver du sable à la hauteur d'un demi-pouce. Un verre contenant 12 onces suffit pour 6 à 8 sangsues. Il doit contenir 9 onces d'eau, auxquelles on a ajouté une bonne cuillerée à café de vin. Dans les trois ou quatre premiers jours, on fournit aux sangsues chaque jour de l'eau fraîche, mêlée de la même quantité de vin, lequel n'est plus ajouté plus tard. La sangsue, mise dans ce verre, se meut très-lestement dès le premier instant, et est prête à sucer de nouveau après quelques minutes. Pour la faire sucer promptement, il enduit très-doucement la surface supérieure et inférieure ainsi que la partie postérieure de la sangsue au moyen du doigt trempé dans du vin blanc. La sangsue se contracte après cela très-fortement et fait des essais de s'attacher en suçant à la main de l'opérateur, lorsqu'on ne l'approche pas assez promptement de la place où elle doit sucer. M. Boer a vu très-rarement que l'une ou l'autre sangsue ne suçait point, excepté dans le cas où les sangsues étaient déjà malades et prêtes à mourir. Les sang-

sues font le même effet que des ventouses plusieurs fois appliquées. Quant aux hémorrhagies, qui ont lieu après l'application, on ne remarque aucune différence. Boer a un malade sur lequel les mêmes sangsues ont déjà fait leur opération à neuf reprises différentes. Cette méthode de conserver les sangsues prenant de la consistance, il en pourra résulter qu'on préviendra à l'avenir le manque des sangsues. (Voir le journ. de *Hufeland*, 1839, mois de septembre; Gazette médico-chirurgicale de *J. J. Sachs*, à Berlin, 1840, n° 2, p. 31.) RIEKEN.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 6 *janvier* 1840.

Présidence de M. MEISSER, secrétaire perpétuel.

Secrétaire : M. MARINUS.

Ouvrages présentés.

1° Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion dans le traitement des déviations latérales de l'épine ; par le Dr JULES GUÉRIN, membre correspondant, à Paris.

2° Mémoire sur les déviations simulées de la colonne vertébrale, et les moyens de les distinguer des déviations pathologiques ; par le même.

3° Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien ; par le même.

4° Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux ; par le même.

5° Mémoire sur les variétés anatomiques du pied-bot congénital dans leurs rapports avec la rétraction musculaire convulsive ; par le même.

6° Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme ; par le même.

7° Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand, cahiers de novembre et décembre 1839.

8° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n° 10, 1839.

9° Discours sur l'utilité de l'histoire de la médecine ; par le Dr BROECKX, membre correspondant, à Anvers.

10° Esquisse physiologique des transplantations cutanées ; par le Dr CH. PHILLIPS, membre correspondant, à Liége.

11° Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier; par le professeur SERRE, membre correspondant.

12° Nederlandsch-Lancet, nos 5 et 6, 1839.

13° Waarnemingen in het gebied der pathologie en der pathologische-anatomie, door J. F. KERST. (Commissaires : MM. V. Uytterhoeven, Maes, et Meisser, rapporteur.)

Travaux manuscrits.

14° Description d'une jambe artificielle; par le Dr ROUSSEL, de Tournay. (Commissaires: MM. A. Uytterhoeven, Seutin, et Langlet, rapporteur.)

15° Étiologie et thérapeutique de la rougeole; par le Dr JOURDAIN, de Binche. (Commissaires : MM. Mouremans, Marinus, et Daumerie, rapporteur.)

16° Lettre de M. le Dr FÉLIX THIBERT, membre correspondant à Paris, qui annonce l'envoi prochain de quelques pièces de pathologie faisant partie de l'ouvrage qu'il publie en ce moment.

17° Aucun mémoire n'étant parvenu en réponse à la question de phrénologie remise au concours, il sera pris ultérieurement une décision à cet égard.

18° Rapport de M. DAUMERIE sur une observation de gastro-hystérotomie présentée par M. HOEBEKE, membre correspondant. La Société vote l'impression du mémoire et du rapport.

Séance du 3 février. — Ouvrages présentés.

1° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, nos 11 et 12, 1839, et no 1, 1840.

2° Mémoires de l'Académie royale de Bruxelles, tome XII.

3° Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand, cahier de janvier 1840.

4° Annales de la Société de Sciences naturelles de Bruges, 1re année, feuilles 22 à 25.

5° Programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux, 1839.

6° Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux, 1839.

7° Le magnétophile, no du 26 janvier 1840.

8° Essai sur le typhus, par A. BIVER, D.-M., à Bruxelles. (Commissaires : MM. Mouremans, De Losen, et Lequime, rapporteur.)

9° Éloge de PARAT, lu dans la séance publique de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, par le Dr MARTIN (jeune), membre correspondant à Lyon.

10° De l'action du froid dans les maladies internes; par E. THIRION, D. M., membre correspondant à Namur.

11° Dissertation médico-psycologique; par le Dr E. CROMMELINK,

secrétaire de la Société de sciences naturelles de Bruges. (Commissaires : MM. Van Roosbroeck, Langlet, et Meisser, rapporteur.)

13° Rapport des séances annuelles de 1838 et 1839 de la Société royale des antiquaires du nord.

Travaux manuscrits.

14° Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne; par le Dr Vanhuevel. (Commissaires : MM. Rieken, Mouremans, Marinus, Meisser, Seutin, et Langlet, rapporteur.)

15° Rapport de M. Rieken sur un ouvrage intitulé : « l'Hydriatrique en rapport particulier avec les établissements hydriatriques d'Ilmenau et d'Elgersbourg dans la forêt de Thuringue ; par le professeur Osann de Berlin. » Le rapporteur propose de faire traduire en français la brochure de M. Osann et de demander au gouvernement, en lui présentant un exemplaire de cette traduction : 1° d'envoyer à ses frais un médecin belge habile et assez versé dans la langue allemande pour étudier en détail sur les lieux la méthode de Priesnitz ; 2° de créer en Belgique un établissement hydriatrique réunissant toutes les conditions favorables sous le rapport de la situation, de l'organisation, etc. — Une commission est nommée pour faire un rapport sur ces conclusions : elle se compose de MM. Rieken, De Losen et Meisser.

16° Rapport de M. Meisser sur un travail de M. le Dr Brandes relatif aux eaux minérales de Pyrmont.—Conformément aux conclusions, M. Brandes est admis au nombre des membres correspondants. — Le rapport sera imprimé.

17° L'ordre du jour est la discussion du rapport de M. Van Roosbroeck sur les mémoires envoyés en réponse à la question de l'ophthalmie de l'armée mise au concours en 1837.

MM. Marinus, Leroy, Seutin, Daumerie, Mouremans, Van Roosbroeck, Lequime, Langlet et Meisser prennent successivement la parole. Après une discussion prolongée, et sur la proposition de M. Mouremans, le rapport est renvoyé à la commission qui modifiera son travail pour la séance prochaine.

Séance du 2 mars. — Ouvrages présentés.

1° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n° 2, 1840.

2° Annales de la Société de sciences naturelles de Bruges, 1re année, feuille 27.

3° Nederlandsch-Lancet, n° 7, 1840.

4° Geo. Phil. Fred. Groshans. Prodromus faunæ homeri et hesiodi. (Commissaire : M. Meisser.)

5° Die eisenhaltigen mineralquellen zü Hambach und Schwollen, von Dr H. Rieken. Brussel und Leipzig, 1840. (Commissaires : MM. Meisser, Mouremans, et Gluge, rapporteur.)

6° Handbuch der arzneiverordnungslehre, von Dr P. Phoebus, t. II.

7° Deutschlands kryptogamische giftgewachse, van Dr P. Phoebus.

8° Rapport fait au conseil central de salubrité pour vérifier l'état des habitations de la classe ouvrière à Bruxelles, et proposer les moyens de l'améliorer.

9° Compte-rendu des travaux du conseil central de salubrité.

10° Du danger des inhumations précitées et de l'insuffisance de l'officier de l'État-civil pour la constatation des décès. Mémoire présenté au conseil central de salubrité. Bruxelles, 1839.

11° Rapport sur les revaccinations fait au conseil central de salubrité, par le Dr Rieken.

12° Du traitement préservatif et médical de la pierre et de la gravelle; par le Dr Civiale, membre correspondant à Paris. 1 vol. in-8°, Paris, 1840.

Travaux manuscrits, etc.

13° Rapport de M. Langlet sur le mémoire de M. le Dr Vanhuevel relatif à un nouveau mensurateur du bassin dont il est l'inventeur et que le rapporteur propose de nommer *pelvimètre géométrique de M. Vanhuevel.* — Les conclusions du rapport sont : 1° d'admettre M. Vanhuevel au nombre des membres correspondants ayant droit d'assister aux séances; 2° de faire imprimer le mémoire dans les annales de la Société; 3° de faire confectionner l'instrument aux frais de la Société pour être déposé dans son muséum. M. Meisser propose en outre, de faire tirer à part deux cents exemplaires du mémoire dont les deux tiers seront offerts à l'auteur. — Les conclusions du rapport et la proposition de M. Meisser sont adoptées. — Le rapport sera en outre imprimé à la suite du mémoire.

14° M. Van Roosbroeck se trouvant dans l'impossibilité de se rendre à la séance, envoie son rapport sur le concours. Ce travail est renvoyé aux commissaires pour être lu dans la séance d'avril.

15° Présentation du rachitôme inventé par M. Schreuder, prosecteur d'anatomie à l'École de Médecine de Rotterdam. (Commissaires : MM. A. Uytterhoeven, Mouremans, et Marinus, rapporteur.)

16° M. Roussel, de Tournay, adresse à la Société un nouvel instrument pour l'opération de la staphyloraphie. (Commissaires : MM. A. Uytterhoeven, Seutin, et Langlet, rapporteur.)

17° Rapport de M. Langlet sur une dissertation de M. le Dr Van-Meerbeeck d'Anvers, sur la compression circulaire amovible dans les maladies chirurgicales, il conclut à des remerciements à l'auteur de cette communication. — Adopté.

La Société vote l'impression du rapport.

18° Rapport de M. Daumerie sur un travail présenté par M. le Dr Jourdain, de Binche, relatif à la rougeole; il propose l'impres-

sion du mémoire et de décerner le diplôme de membre correspondant à l'auteur. — Adopté. — Le rapport sera imprimé à la suite du mémoire. Dr MARINUS.

La circulaire suivante vient d'être adressée par la commission médicale locale (sous la date du 25 avril 1840) *à Messieurs les médecins, chirurgiens et accoucheurs de la ville de Bruxelles.*

Messieurs,

La variole s'est manifestée à Bruxelles avec une certaine intensité; ses ravages n'ont pas encore cessé.

Plusieurs cas, suivis de décès, n'ayant pas été annoncés à la police, les mesures de précaution usitées n'ont pu être prises.

Nous avons lieu de croire que les médecins qui traitent cette maladie, ignorent les obligations que leur imposent l'arrêté royal du 18 avril 1818 et l'ordonnance de la Régence de Bruxelles du 18 novembre 1824.

Le collége des bourgmestre et échevins, informé de cette infraction, vient de nous inviter, par dépêche en date du 15 courant, à vous communiquer les dispositions de ces réglements qui vous concernent et auxquelles il est indispensable que vous vous conformiez.

Arrêté royal du 18 *avril* 1818. — ART. 17. — « Lorsque la petite » vérole se manifestera dans quelque maison, on sera tenu d'en don- » ner, sur-le-champ, connaissance à la commission médicale de la » province ou de la commune, et où il n'en existe pas, à l'autorité » locale, afin qu'elle prenne les précautions nécessaires pour prévenir » les progrès de la contagion.

ART. 18. — « On n'omettra, dans aucun cas, les fumigations avec » le peroxide de manganèse, le muriate de soude et l'acide sulfu- » rique, à l'effet de remédier à l'infection de l'air; chez les per- » sonnes trop peu aisées, il y sera pourvu aux frais de la commune.

Réglement du 18 *novembre* 1824. — ART. 2. — « Les médecins » sont également tenus de faire immédiatement, à la police, la dé- » claration des personnes infectées qu'ils traitent.

ART. 10. — « Tous les individus qui auront subi la vaccine gratui- » tement, devront de nouveau, à l'époque de la suppuration, c'est- » à-dire les huitième, neuvième ou dixième jour, être représentés à » M. le vaccinateur, attendu que le certificat nécessaire ne sera dé- » livré avant cette représentation. »

Cette mesure a pour but de constater le succès de l'opération, et le certificat doit indiquer cette circonstance essentielle et ne pas mentionner seulement, comme cela arrive souvent, que l'individu a été vacciné.

Convaincus, messieurs, de votre sollicitude pour tout ce qui touche à la salubrité publique, nous espérons que vous vous conformerez ponctuellement aux instructions précitées et que par votre concours nous parviendrons peut-être à extirper une maladie, qui ne fait encore que trop de victimes.

Agréez, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

Le secrétaire, — *Le président*,

Dr Lequime. — H. J. Vanden Corput.

CHRONIQUE.

La commission médicale de Bruxelles a conçu l'heureuse idée d'élever un monument à la mémoire de notre illustre compatriote André Vésale : elle a procédé au choix d'un comité-directeur chargé de s'entendre avec tous les médecins du royaume et de l'étranger pour l'exécution d'un projet si propre à rehausser la gloire nationale.

Il appartenait au corps médical de notre pays, et particulièrement aux médecins de la ville de Bruxelles, qui a vu naître ce grand homme, de prendre l'initiative de l'éclatant hommage qu'on doit lui rendre.

Nous sommes sûrs que cet appel sera entendu. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des résolutions qui seront prises ultérieurement par le comité.

Par arrêté royal du 18 mars, ont été nommés chevaliers de l'ordre Léopold, en considération des services qu'ils ont rendus à l'art de guérir, dans l'exercice de cet art, dans l'enseignement ou par leurs publications, les sieurs :

Wauters, père, docteur en médecine à Gand ;

Caroly, président de la commission médicale du Brabant, à Bruxelles ;

Guislain, professeur à la faculté de médecine de Gand ;

Lombard, président de la commission médicale de Liége, professeur à la faculté de médecine de la même ville ;

De Meyer, président de la commission médicale et de la société médico-chirurgicale, à Bruges.

Stiévenart, membre de la commission médicale du Hainaut, chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique provincial, à Mons.

— nota. L'Abondance des matières nous oblige de remettre à un prochain numéro la publication de plusieurs articles que nous avons reçus, ainsi que l'analyse des journaux de médecine.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

Acétate de plomb (Action de l') dans l'économie animale ; par le docteur C. G. Mitscherlich. 364
Anatomie pathologique (Fragments d') ; par Gluge. 524
Anévrysme de l'artère poplitée. 147
Ankylose du genou avec flexion permanente de la jambe sur la cuisse ; guérison au moyen d'un appareil fort simple ; par Lutens. 409
Annales de la Société de médecine de Gand.— Analyse du n° de janvier 1840. 212
Appareil inamovible (Un mot sur l') ; par F. Pierard. 101
Bandage amidonné (Observations de fractures traitées par le). — Mode d'application. 168
Calcul biliaire volumineux (Observation sur l'extraction d'un), guérison ; par M. De Meersman. 90
Calcul urinaire (Observation d'un) extrait du canal de l'urètre chez un enfant de deux ans ; par J. Jaques. 480
Calcul vésical énorme, cystotomie épipubienne, mort, autopsie, abcès de l'abdomen. Observation recueillie par M. Canzius. 19
Calcul vésical, taille bi-latérale, guérison ; par J. Bougard. 151
Calcul vésical enchatonné derrière le pubis, taille bi-latérale, mort, autopsie. Observation recueillie par M. Canzius. 25
Calculs vésicaux (Observations de), traités par la taille bi-latérale ; par M. Verhaeghe. 338
Carie du temporal survenue après la disparition provoquée de la teigne; symptômes de compression du cerveau, mort, nécroscopie. 153
Circulaire aux médecins, chirurgiens et accoucheurs de Bruxelles. 535
Colon (Inflammation du) se propageant à tout le canal intestinal, envahissant ensuite le péritoine ; bons effets des émissions sanguines locales continuées avec persévérance. Parotide. Guérison. 349
Compression circulaire permanente amovible (Considérations sur l'emploi de la) dans les maladies chirurgicales ; par P.-J. Van Meerbeeck. (Rapport sur cet ouvrage.) 268
Compte-rendu des travaux de la Société de médecine d'Anvers, pendant l'année 1839 ; par J. Koyen. 47

Concours de 1841.—Société de médecine d'Anvers. 223
— — Société de médecine de Bruges. 144
Constitution médicale (Aperçu de la) du canton de Beauraing, suivi d'un coup d'œil sur les systèmes médicaux ; par Auguste Sovet. 274
Cordon ombilical (Observations pratiques sur la sortie prématurée du), pendant le travail de l'enfantement ; par Verté. 139
Corps étrangers (Note pour servir à l'histoire pathologique des) introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membres ; par J. E. Pétrequin. 5
Dothinentérite (Notice sur une épidémie de) qui s'est montrée dans la garnison d'Anvers pendant les mois d'août, septembre et octobre 1839 ; par M. Gouzée. 219
Encéphalocèle (Observation d') suite de fractures du crâne et qui a donné lieu à plusieurs rapports judiciaires contradictoires; par Delhaye. 469
Farcin (Inoculation du) mort, autopsie ; par M. J. Bougard. 145
Femmes enceintes (Considérations pratiques sur la pléthore et la gastralgie chez les) ; par Louis Petit. 333
Fièvres typhoïdes (Note sur quelques cas de); par M. Mareska. 221
Fluides élastiques (De la conductibilité des) pour le calorique, de leur pouvoir réchauffant et des applications utiles de ces propriétés ; par F. Nollet. 37
Fracture compliquée de la jambe, traitée par l'appareil amidonné. Observation recueillie par M. Verhaeghe. 133
Fracture vertébrale (Observation de) déterminée sous l'influence d'une cause indirecte ; par M. le docteur Auguste Woets. 343
Frictions mercurielles (Effets remarquables des) dans un cas de rhumatisme musculaire chronique ; par J. Koyen. 88
Genio-cheiloplastie (Deux cas de), ou restauration du menton et de la lèvre ; par le docteur De Meyer. 128
Grossesse double (Observation d'une) simulant un cas de superfœtation; par P.-J. Van Meerbeeck. 326
Hémorrhagies mortelles (Nouvelles recherches sur la prédisposition héréditaire aux) avec relation particulière à une famille de la principauté de Berkenfeld ; par H.-C. Rieken. (Rapport.) 458
Hernie crurale étranglée, guérison sans opération. Observation recueillie par J. Bougard. 353
Hernies (Sur quelques opérations de) compliquées d'accidents graves et pratiquées par M. Demeyer. 484
Hôpital militaire de Bruxelles. — Extrait d'un rapport à monsieur l'Inspecteur-général du service de santé militaire, sur la clinique de l'hôpital pendant les six derniers mois de 1839. — État numérique des maladies traitées ; par le docteur Lebeau. 157
Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. 145, 349
Hydrencéphale aigue ; par S. Dawoski. 199
Hydrencéphale aigue (Considérations sur l') des enfants ; par F. Jahn. 202
Hydriatrique (L'), en rapport particulier avec les établissements hydriatriques d'Ilmenau et d'Elgesbourg dans la forêt de Thuringue ; par Osann. 417
Hydropisie ascite, à la suite d'hématémèse, compliquée d'engorgement de la rate, guérie radicalement après dix-sept ponctions; par M. le docteur Janssens. 124

Hystérotomie (Observation d') recueillie par M. Hoebeke. 28
Invagination intestinale. Gangrène. Mort. Nécroscopie ; par Henriette. 493
Invagination intestinale ; par Bougard. 496
Matière cancéreuse (De la présence de la) dans le sang ; par Gluge. 198
Médication émétique (Considérations sur la), traitement du croup par les vomitifs coup sur coup ; par M. Jourdain. 305
Monstruosité (Observation d'un cas de) ; par J.-J. Hoefnagels. 109
Narcitine (Nouvelles considérations sur la propriété vomitive de la) ; par Ch. Jourdain 176
Ophthalmie de l'armée (Concours sur la question de l').— Médailles décernées. 407
Organes digestifs (Considérations sur la coïncidence et la connexion des maladies des) avec la phthisie pulmonaire ; par E. Wemaer. 115
Orthopédie sous cutanée ; par Phillips. 498
Otite chronique survenue à la suite de la répercussion d'une éruption du cuir chevelu, épanchement purulent dans les méninges, mort. Observation recueillie par M. J. Bougard. 355
Pelvimètre géométrique (Rapport sur le) du professeur Van Huevel. 222
Pelvimétrie (Mémoire sur la) et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne ; par M. le docteur Vanhuevel. 241
Plaies par armes à feu (Nouveau moyen de guérir les) ; par Jarotzki 375
Pleuro-pneumonite intense, avec formation de vomique suivie de guérison. Par J. Haine. 83
Pneumonie épizootique (Mémoire sur la) ; par J. H. Franque. 377
Polype du rectum, ligature, guérison ; par J. Bougard. 150
Pratique médicale (Quelques observations de), communiquées à la Société de médecine d'Anvers ; par C. Crommelinck. 59
Production osseuse extraordinaire, développée à l'avant-bras droit, simultanément avec une dégénérescence cancéreuse. — Amputation. — Mort.— Autopsie. Observation recueillie par J. Bougard. 356
Rachitome (Rapport sur un nouveau) inventé par M. Schreuder. 415
Ramollissement du cerveau (Recherches microscopiques et expérimentales sur le) ; par Gluge. 180
Revue des journaux allemands. 197, 364
Sangsues (Sur le ménagement des). 529
Rougeole (Étiologie et thérapeutique de la) ; par M. Jourdain. 225
Scrotum (Inflammation des organes contenus dans le) chez les enfants ; par F. Jahn. 200
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 531
Sources minérales de Pyrmont (Les) ; par Brandes. 272
Statistique médicale (Quelques fragments de) ; par Gluge. 361
Tartre stibié (Du) à haute dose ; par Bartels. 370
Tétanos spontané ; par J. Henriette. 350
Tube digestif (Recherches et observations médico-chirurgicales sur quelques maladies du), perforations spontanées, invaginations, hernies, corps étrangers avec des applications à la médecine légale ; par Pétrequin. 422
Tumeur au cou depuis trois ans ; divers accidents graves ; asphyxie imminente ; bronchotomie cricothyroïdienne ; guérison. Observation recueillie par le docteur Bulckens. 93
Tumeur squirrheuse dans l'aisselle (Extirpation d'une), hémorrhagie

grave, rebelle, cessation de l'hémorrhagie par la compression directe; par Lutens. 412
Ulcères aux jambes (Quelques mots sur le traitement des); par P.-J. Van Meerbeeck. 315
Uurèthre (Considérations pratiques sur le rétrécissement et sur les fistules du canal de l'); par Secretan. 329
Vésale (Érection d'un monument à la mémoire de). 536

FIN DE LA TABLE.